



**Tartu Ülikooli
magistritööd
rahvatervishoius
33**

**TERVISHOIUTEENUSTE KASUTAMINE
RAVIKINDLUSTUSETA ISIKUTE POOLT**

Kristiina Kahur

Tartu 2006

Diss.B-4471

**Tartu Ülikool
Tervishoiu instituut**

**TERVISHOIUTEENUSTE KASUTAMINE
RAVIKINDLUSTUSETA ISIKUTE POOLT**

Magistritöö rahvatervishoius

Kristiina Kahur

**Juhendaja: Raul-Allan Kiivet, meditsiinidoktor
Tartu Ülikooli tervishoiukorralduse professor**

Tartu 2006

Magistritöö tehti Tartu Ülikooli tervishoiu instituudis.

Tartu Ülikooli rahvatervise kraadinõukogu otsustas 15.mail 2006 lubada väitekirja rahvatervishoiu magistrikraadi kaitsmisele.

Oponent: Liis Rooväli, MSc (rahvatervis), Tartu Ülikooli tervishoiu instituudi tervishoiukorralduse teadur, Sotsiaalministeeriumi terviseinfo ja analüüsi osakonna tervisestatistika juht.

Kaitsmine: 14. juunil 2006. a.

SISUKORD

KOKKUVÕTE.....	4
1. SISSEJUHATUS.....	5
2. KIRJANDUSE ÜLEVAADE.....	6
2.1 Sotsiaalmajanduslik ebavõrdsus ja tervishoiuteenuste eest tasumine.....	6
2.2 Ressursside kogumine tervishoiusüsteemi finantseerimiseks	7
2.3 Eesti ravikindlustussüsteem.....	10
2.4 Ravikindlustuseta isikud	14
2.5 Ravikindlustuseta isikute ravi Eestis.....	15
3. TÖÖ EESMÄRK.....	17
4. MATERJAL JA METOODIKA.....	18
5. TULEMUSED.....	23
5.1 Tervishoiuteenuste kasutajate osakaal ja kasutamise sagedus	23
5.2 Ravijuhu maksumus, vastuvõttude arv ja keskmine ravil viibimine	27
5.3 Diagnoosid.....	32
6. ARUTELU	42
6.1 Tervishoiusüsteemi töökoormuse kasv	43
6.2 Täiendava rahalise ressursi vajadus	47
7. JÄRELDUSED.....	49
8. KASUTATUD KIRJANDUS	51
LISAD.....	54
SUMMARY	56
TÄNUAVALDUSED.....	57
CURRICULUM VITAE.....	58

KOKKUVÕTE

Töö eesmärk on anda ülevaade tervishoiuteenuste kasutamisest ravikindlustuseta isikute poolt ning hinnata tervishoiusüsteemi töökoornuse kasvu ja täiendava rahalise ressursi vajadust, kui mittekindlustatud isikutele oleks võimaldatud kindlustatutega võrdne ravikindlustushüvitiste kättesaadavus.

Eesti ravikindlustussüsteemi eripärast tulenevalt on ca 6% elanikkonnast ravikindlustusega katmata ja neile on tagatud vaid riigieelarvest rahastatav vältimatu abi. Muude tervishoiuteenuste eest peavad ravikindlustuseta isikud tasuma ise.

Käesolev uurimustöö on kvantitatiivne ning põhineb andmeanalüüsil. Töös kasutatavad andmed pärinevad Eesti Haigekassa ravikindlustuse andmekogust. Valimi moodustavad 22 763 20–59 aastast ravikindlustuseta isikut, kes said 2005. aastal vältimatut abi.

Töö tulemustest selgub, et aasta jooksul on vältimatut abi saanud 27% mittekindlustatud isikutest. Perearsti poole pöördus neist 2% ja ambulatoorse eriarstabi osutajate poole 21%. Haiglaravi sai 6% mittekindlustatud isikutest. Ravikindlustuseta meeste seas on vältimatu abi kasutajate osakaal suurem kui ravikindlustuseta naiste seas.

Ravikindlustuseta meeste haiglaravi on naiste ravist ca ¼ võrra kallim ja kestab keskmiselt päev kauem. Võrreldes kindlustatud isikutega, on ravikindlustuseta isikute haiglaravi ca 25% kallim ning keskmiselt kolm päeva pikem.

Peamised vältimatu abi saamise põhjused nii ravikindlustuseta naistel kui meestel on tingitud traumadest ja vigastustest, psüühika- ja käitumishäiretest ning seedeelundite haigustest.

Ravikindlustuseta isikute katmata ravivajadus võrreldes kindlustatutega on seotud ravitud haiguse või vigastuse järgse hoolduse või raviga, sisesekretsiooni- ja ainevahetushaigustega, luu- ja lihaskonnahaigustega ning healoomuliste kasvajatega, aga ka kontratseptsiooni alase nõustamisega fertiilses eas naistel.

Mittekindlustatud isikute kaasamisel solidaarsesse ravikindlustussüsteemi suureneks kõige enam perearstide ja kõige vähem haiglaravi osutajate töökoormus.

Töökoormuse kasvuga kaasneva tegevuse rahaliste kulude katteks oleks hinnanguliselt vaja ravikindlustushüvitiste eelarvele lisada maksimaalselt 200 miljonit krooni aastas, eeldusel, et senised riigieelarvest eraldatavad vältimatu abi vahendid suunatakse edaspidi ravikindlustushüvitiste eelarvesse.

1. SISSEJUHATUS

Käesolev töö käsitleb mittekindlustatud isikute tervishoiuteenuste kasutamisega seotud temaatikat. Töö autor on teema valikul lähtunud soovist anda ülevaade Eesti ravikindlustussüsteemi korraldusest tingitud mõjudest mittekindlustatud isikute tervishoiuteenuste kättesaadavusele ja kasutamise ulatusele.

Sotsiaalmaksu maksmisel põhineva Eesti ravikindlustussüsteemi korraldusest tulenevalt ei ole elanikkonna ravikindlustusega kaetus sajaprotsendiline ning teatud grupid jäävad ilma suurest osast ravikindlustushüvitistest, mis on tagatud kindlustatud isikutele.

Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse [1] järgi on igal Eesti Vabariigi territooriumil viibival inimesel õigus saada tasuta vältimatut abi, mida rahastatakse riigieelarvest selleks ettenähtud vahenditest. Vältimatu abina käsitletakse tervishoiuteenust, mida tervishoiutöötaja osutab olukorras, kus abi edasilükkamine või selle andmata jätmine võib põhjustada abivajaja surma või püsiva tervisekahjustuse [1]. Tervishoiuteenuste eest, mis ei ole osutatud vältimatu abi korras, peavad ravikindlustuseta isikud tasuma kas ise [2–5] või rahastavad neile osutatud tervishoiuteenuseid piiratud ulatuses kohalikud omavalitsused [6].

Mittekindlustatud isikutele ei ole kättesaadavad haiguste ennetamisega seotud tegevused [6] ega Eesti Haigekassa poolt hüvitatavad soodusravimid, sest need on võimaldatud vaid ravikindlustust omavatele isikutele.

Ravikindlustuseta isikud on piiratud ligipääsuga tervishoiuteenustele asetatud ebavõrdsesse olukorda, mis tingib nende erinevad tervisenäitajad, võrreldes teiste elanikkonnagruppidega. Kergelt haavatavatel sotsiaalsetel gruppidel, kelle hulka ka mittekindlustatud kuuluvad, on kehvemad võimalused tervislikeks valikuteks ning reeglina tervist ohustav kõrgenenud riskikäitumine [7].

Rahvatervise seisukohalt on mittekindlustatute piiratud tervishoiuteenuste kättesaadavus seotud nii nakkus- kui ka mittenakkushaiguste hilise ja ebapiisava ravimisega ning sellest tulenevate riskidega tervisele. Ainult vältimatus korras osutatud abi tõhusus patsiendi paranemise või tervistumise seisukohalt on oluliselt madalam võrreldes abiga, mida oleks osutatud haiguse esmaste sümptomite ilmnemisel. Liialt hiline või edasilükatud ravi tingib pideva või ajutise töövõime kaotuse ja vähendab sellega isiku võimalusi (taas)sisenemiseks tööturule. Mittekindlustatud isikutele vältimatus korras osutatud haiglaravi on enamasti aeganõudvam ja kujuneb lõpptulemusena kallimaks kui õigeaegne plaaniline ravi.

2. KIRJANDUSE ÜLEVAADE

2.1 Sotsiaalmajanduslik ebavõrdsus ja tervishoiuteenuste eest tasumine

Inimese tervisliku seisundi ebakindlus toob kaasa mitmesuguseid riske. Majanduslikud riskid on seotud rahaliste väljaminekutega ravimite ja tervishoiuteenuste ostmiseks. Tervise halvenemise riskiga kaasneb aga töövõime langus, mille tagajärjeks on inimese töölt eemale jäämine või tema produktiivsuse langus [8]. See omakorda tähendab riski töises sissetulekus, mis võib pikemas perspektiivis kaasa tuua töökoha kaotuse.

Väikse sissetulekuga, madala haridustasemega või töötud inimesed kuuluvad sotsiaalmajanduslikesse gruppidesse, kelle eluiga on lühem ja kes kannatavad sagedamini terviseprobleemide käes. Neile on iseloomulik tervist kahjustav riskikäitumine [7].

Seosele haridustaseme ja tervisliku seisundi vahel viitavad ka Helasoja, Lahelma jt [9], kelle uurimusest selgub, et Balti riikides on analoogselt muude Euroopa riikidega vähem haritud inimestel halvem tervis. Leinsalu, Vågerö jt [10] uurimuse tulemused näitavad haridustaseme seost suremusega – kümne iseseisvusaasta jooksul paranes Eestis eeldatav eluiga märgatavalt kõrgema haridustasemega inimeste seas.

Kunts, Leinsalu jt [3] toovad välja tihedad seosed sotsiaalmajandusliku ebavõrdsuse ja tervishoiuteenuste kasutamise vahel Eestis. Töötute, väikse sissetuleku või madala haridustasemega elanike seas on tervishoiuteenuste kasutamine harvem, võrreldes töötava elanikkonna ja kõrgema sissetulekuga gruppidega [3].

Waltersi ja Suhrcke andmetel kasutavad vaesemad isikud haiguse korral vähem tervishoiuteenuseid [11], mille põhjuseks võivad olla piiratud rahalised võimalused, ebaadekvaatne tervisekäitumine, keeleprobleemid, kaugus tervishoiuteenuse osutajast [3].

Patsientide omaosaluse tõus tervishoiuteenuste eest tasumisel suurendab oluliselt ebavõrdsust ja vaesusriski [5], mõjutab rohkem vaesemaid inimesi ja on peamine tegur, mis viib ebavõrdsuseni tervishoiuteenuste kasutamisel [11]. Aastatel 1999–2003 kasvas omaosaluse osakaal tervishoiu rahastamisel Eestis 14–21%-ni, mis toimus peamiselt riigi- ja kohalike omavalitsuste eelarve osakaalu vähenemise arvelt [5,6].

Omaosalus hõlmab erinevaid kaasmakseid ravikindlustussüsteemi kaudu hüvitatavatele teenustele nagu näiteks retseptiravimid ja visiiditasud, samuti tasu nende teenuste eest, mida ravikindlustus ei kata (näiteks täiskasvanute hambaravi).

Suurima osa (2003. aastal 56%) inimeste tasutud tervishoiukuludest moodustavadki ravimikulud, järgnevad hambaravikulud (27%). Visiidi- ja voodipäevatasu osakaal omaosalusest on oluliselt väiksem [5]. Sotsiaalmajanduslik ebavõrdsus on eriti suur just hambaraviteenuse kasutajate seas, kus omaosalus mõjutab oluliselt teenuste kasutamist [3].

2002. aastal oli tervishoiukulude tõttu vaesusriskis 1,4% leibkondadest [5]. Vaesus on tugevalt seotud tervisekäitumise ja tervishoiuteenuste kasutamisega, mille põhjal võib väita, et vaesus on üheks tervise determinandiks ja selle vähendamiseks seotud sekkumised võivad otseselt mõjutada tervist [3]. Vaesusesse sattumisel loobutakse omaosaluse tõttu tervishoiuteenuste või ravimite tarbimisest. Kõrge tervishoiukulude riskiga on eelkõige leibkonnad, kus on üle 65 aastased ja ravikindlustusega hõlmamata inimesed [5].

2.2 Ressursside kogumine tervishoiusüsteemi finantseerimiseks

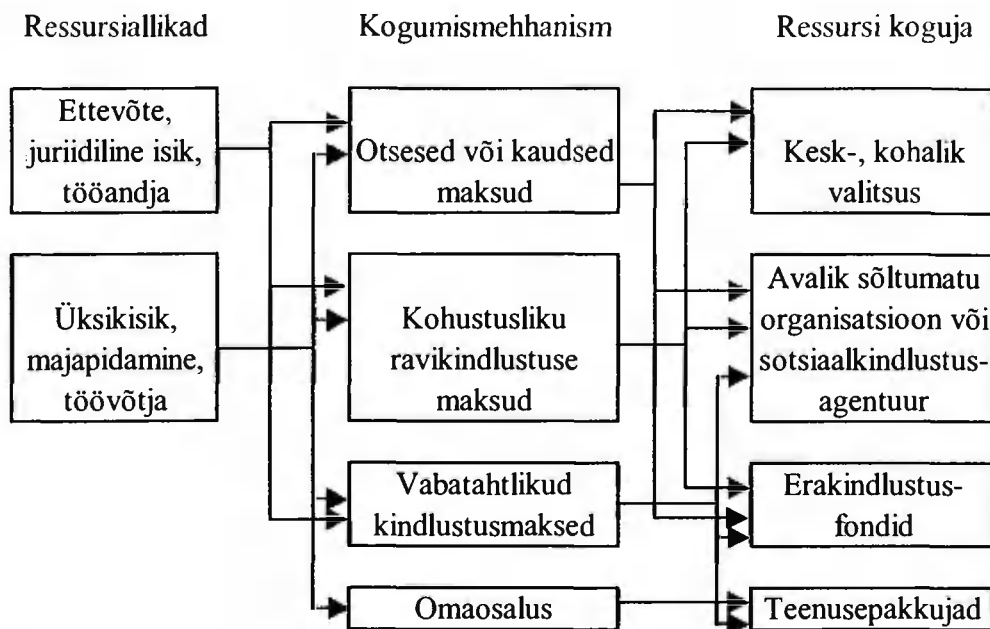
Tervishoiusüsteemi finantseerimine on protsess, mille kaudu kogutakse ressursse, akumulieritakse neid erinevatesse fondidesse ja seejärel paigutatakse tervishoiuteenuste pakkuja tegevusse [12,13]. Ressursside kogumine on seega üks tervishoiusüsteemi funktsioonidest [12,14], mille põhitähelepanu on pööratud maksude maksjatele (ressursiallikad), maksmise viisile (kogumismehhanism) ning ressursi kogujale [14,15].

Ressursside kogumisel kasutatakse peamiselt järgmisi mehhanisme: maksud, kohustuslik ravikindlustus, vabatahtlik tervisekindlustus ja omaosalus ning eelpoolnimetatud erinevate kogumismehhanismide omavahelised kombinatsioonid [14,16]. Euroopas on üksikud tervishoiusüsteemid, kus kasutatakse vaid üht rahastamisallikat [12,16].

Ülevaاتlikult on ressursside kogumine esitatud joonisel 1.

Täiendavaid ressursse tervishoiusüsteemi finantseerimiseks võidakse koguda ka annetustena valitsusvälistelt organisatsioonidelt, laenudena rahvusvahelistelt pankadelt või muul viisil [16].

Järgnevalt käsitletakse lähemalt ressursside kogumist läbi maksude ja kohustusliku ravikindlustuse.



Allikas: Kutzin (2001), kohandatud

Joonis 1. Ressursside kogumine tervishoiusüsteemi finantseerimiseks

2.2.1 Ressursside kogumine maksude abii

Maksudepõhiselt finantseeritavaid süsteeme iseloomustab tervisega seotud kulude katmine maksudest saadavast tulust või nimetatud tulude domineerimine kulude katmisel teiste kogumismehhanismidega võrreldes [14].

Teoorias seostatakse maksupõhist finantseerimist universaalse kindlustusega kaetusega ning õigus kindlustusele on seotud elukoha või kodakondsusega [12].

Maksud võivad pärineda erinevatest allikatest (otsesed või kaudsed), erinevalt tasemelt (riiklikud või kohalikud) ning olla erinevat tüüpi (üldised või märgistatud). Olenevalt riigis kehtivast maksusüsteemist, võivad maksud olla proportsionaalsed või astmelised. Esimese variandi puhul tasuvad kõik isikud oma sissetulekust maksudeks proportsionaalselt võrdse osa, teise puhul aga sõltub maksudeks minev osa sissetuleku suuruselt [16].

Maksud mängivad teatud osa tervishoiusüsteemi finantseerimisel peaaegu kõikides Euroopa riikides [16]. Domineeriva allikana on need aga näiteks Taanis, Soomes, Rootsis, Suurbritannias, Itaalias, Hispaanias, Portugalis [14,16], Albaanias, Kasahstanis, Rumeenias ja Poolas [16].

Otseste maksude abil ressursi kogumise eelisteks on suur tulubaas, lihtne administreerimine, kompromisside võimalikkus teiste avaliku sektori tegevusvaldkondadega ja universaalne kindlustusega kaetus [12].

Peamisteks puudusteks on assigneeringute sattumine poliitiliste läbirääkimiste objektiks, tulu sõltumine rahvastiku sissetulekust ning võimalus maksudest kõrvale hoida, mis tingib tulubaasi vähenemise [12].

2.2.2 Ressursside kogumine kohustusliku ravikindlustuse abil

Kohustusliku sotsiaalse ravikindlustussüsteemi idee pärineb Saksamaalt ning sellel on tihe seos töötamisega, mistõttu universaalset kaetust ei olnud algselt süsteemis kavandatud.

Järk-järgult on kindlustusega kaetus kõigis maades laienenud ka mittetöötavale elanikkonnale ning osades riikides on saavutatud 100%-line ravikindlustus [16].

Maksud, mis kogutakse kohustusliku ravikindlustuse kaudu, on seotud sissetulekuga ning jagunevad enamasti tööandjate ja töövõtjate vahel. Samuti võivad maksude maksmisel osaleda füüsilisest isikust ettevõtjad. Kohustusliku ravikindlustuse tulud on reeglina sihtotstarbelised ning need kogutakse selleks määratud institutsiooni poolt [14].

Kohustusliku ravikindlustuse abil ressursside kogumise eelisteks on märgistatud tulud tervisele, eraldatus teistest valitsuse tuludest, rahastamisallikate läbipaistvus, fondide iseseisev juhtimine [12], parem kaitstus poliitiliste mõjutuste eest [16].

Peamisteks puudusteks on aga kindlustuse seos tasutud sotsiaalmaksuga ja sellega kaasnev mittekindlustatute probleem, tulude sõltuvus majandusliku käigust ning ainult makstud maksudel põhinev tulubaas [12].

Ravikindlustuse seos sotsiaalmaksuga võib piirata mittetöötava elanikkonna (eakad inimesed, töötud, lapsed jt ülalpeetavad) ligipääsu tervisteenustele. Et sotsiaalne ravikindlustus toetub kitsale tulubaasile ja sõltub sotsiaalmaksu maksmisest, võib tekkida oht ebapiisavateks tuludeks, seda eriti maades, kus on madal tööhõive.

Kohustuslik ravikindlustussüsteem domineerib näiteks Prantsusmaal, Saksamaal, Hollandis, Tšehhis, Horvaatias, Eestis, Ungaris, Slovakkias, Sloveenias [16].

Euroopas on levinud sotsiaalse ravikindlustussüsteemi kaks erinevat varianti: Lääne-Euroopa riikides eksisteeriv Bismarcki traditsiooni järgiv süsteem ning Kesk- ja Ida-Euroopa riikides

kasutusele võetud sotsiaalne ravikindlustussüsteem, mida rakendati pärast Semaško tüüpi riigieelarvest rahastatud süsteemi kokkuvarisemist [12,16].

Lääne-Euroopas on sotsiaalne ravikindlustus välja arenenud pika aja jooksul ning süsteemi kohanemine vastavalt muutunud oludele on toimunud aja jooksul pidevalt. Kesk- ja Ida-Euroopa maades on protsess kestnud lühikest aega ning muutused on olnud kiired ja radikaalsed. Suhteliselt lühikese aja jooksul uuele süsteemile üleminek on mõnedes maades toonud kaasa teatud tagasilööke [16].

2.3 Eesti ravikindlustussüsteem

Mõjutused Eesti tervishoiusüsteemile pärinevad ajaloost. Enne 1918. aastat, kuuludes Vene impeeriumi koosseisu, oli Eestis tugev saksa vaim ja mõju, mis jättis jälje ka Eesti tervishoiusüsteemi kujunemisse [2].

Enne 1918. aastat kehtis Eestis Tsaari-Venemaal 1912. aastal vastuvõetud haiguskindlustusseadus, mille kohaselt kuulusid haiguse puhul kindlustamisele vabrikute, tehaste, kaevanduste ja mäetööstusettevõtete, raudtee- ja siseveeteede ning trammiettevõtete töötajad neis ettevõtetes, kus töötas pidevalt vähemalt 20 töölise ja kasutati mehaaniliselt käitatavaid masinaid. Seega ei kehtinud seadus mitte kõikide tööstusettevõtete kohta, vaid tööliste kuulumine haiguskindlustuse alla sõltus tööstusettevõtte suurusest ja liigist. 1917. aastal laiendati haiguskindlustuse ulatust, kuid see ei kaasanud kaugeltki mitte kõiki töötajaid. Töötajate kindlustamine toimus haigekassade kaudu, mis kuulusid peamiselt ettevõtete juurde ning millest enamik alustas tööd 1914. aastal [17].

Pärast Eesti iseseisvumist 1918. aastal suurenes haiguskindlustatud tööstustöötajate arv [17]. 1920. aastal laiendati Vabariigi Valitsuse määrusega [18] haiguskindlustuse ulatust valitsusasutuste ametkondades või ettevõtetes teenivatele ametnikele ja tööliste ning nende perekonnaliikmetele.

1939. aastaks kuulus haiguskindlustuse alla 18% kogu elanikkonnast. Valdav osa rahvastikust oli kindlustamata, sealhulgas põllu- ja sadamatöölised, majateenijad, äri- ja kontoriameetnikud, juhutöölised jt [17].

Kogu esimese Eesti Vabariigi eksisteerimise ajal ei suudetud Riigikogus uut haiguskindlustuse seadust vastu võtta, kuigi selle eelnõu esitati Valitsuse poolt Riigikogu juhatajale juba 1922. aasta septembris [17]. Eesti Arstide Koja liige A.Lübek [19] viitab 1938. aastal oma artiklis kavatatavatele uuendustele uues haiguskindlustuse seaduse eelnõus

ning toob eeskujuks ja järgmistväärivaks Saksamaa, Prantsusmaa ja Inglismaa haiguskindlustuse korralduse, sest need omavad juba teatud väljakujunenud põhialuseid. Vaatamata pikalt kestnud vaidlustele uut seadust siiski vastu ei võetud ning Tsaari-Venemaa haiguskindlustuse seadus kehtis Eesti Vabariigis kuni 1940. aastani [17,20], mil riik okupeeriti Nõukogude Liidu poolt.

Okupatsioon katkestas Eesti tervishoiusüsteemi varasema arengutee ja sundis kasutusele võtma nõukoguliku nn Semaško süsteemi, mille kohaselt tervishoidu rahastati riigieelarvest ning seda juhtis valitsus tsentraliseeritud planeerimise teel [2]. Riigi osutatud tervishoiuteenus oli kõigile tasuta ja erasektor puudus [2,21,22].

Pärast Eesti Vabariigi iseseisvuse taastamist algasid tervishoiusüsteemi ümberkorraldused. Tervishoiureformi üks eesmärgi oli sisse seada tervishoiusüsteemi rahastamine sotsiaalse tervisekindlustuse kaudu, mida kavandati isegi enne iseseisvuse väljakuulutamist 1991. aasta augustis. Reformi käigus toimus põhimõtteline muudatus Eesti tervishoiusüsteemi rahastamisel, mille tulemusel riigieelarvest rahastatav süsteem kujunes ümber kohustuslikest ravikindlustusmaksetest rahastatavaks süsteemiks [2].

1991. aastal vastuvõetud Eesti Vabariigi ravikindlustusseadus ning 1994. aastal vastuvõetud Tervishoiukorralduse seadus olid peamisteks juriidilisteks alusdokumentideks reformide elluviimisel [2].

1. jaanuaril 1992. a. kehtima hakanud ravikindlustusseadus [23] sätestas kohustusliku ravikindlustuse korralduse ning ravikindlustushüvitiste maksmise alused ja korra. Seadus määratles kindlustatud isikud ning kindlustatud isikuga võrdsustatud isikud. Riikliku ravikindlustuse korraldajaks sätestas seadus Keskhaigekassa (praegune Eesti Haigekassa) [23].

Reformi käigus lahutati tervishoiuteenuste osutamine ja rahastamine [2,22] ning riiklik tervishoiusüsteem korraldati vastavalt ümber [22].

Loodi alus solidaarsuse põhimõttel toimivale ravikindlustussüsteemile, mis oma olemuselt on ümberjaotava iseloomuga. Sellest lähtuvalt toimub süsteemis ristsubsideerimine tervetelt haigetele, kõrgema sissetulekuga isikutelt väiksema sissetulekuga isikutele, noortelt vanadele, üksikisikult peredele [4,6].

Sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa näol panustab tervishoiusüsteemi oluliselt vähem inimesi, kui on süsteemi poolt pakutavate ravikindlustushüvitiste kasutajaid. Samal ajal ei sõltu

haigestunud inimesele vajalike tervishoiuteenuste maksumus ja osutamise määr konkreetse inimese eest makstud sotsiaalmaksu suurusel.

Ravikindlustuse seaduse¹ [24] tähenduses on kindlustatu: 1) Eesti alaline elanik või tähtajalise elamisloa alusel Eestis elav isik, kelle eest sotsiaalmaksu maksja on kohustatud maksma sotsiaalmaksu või kes iseenda eest maksab sotsiaalmaksu; 2) kindlustatud isikuga võrdsustatud isik, kelle eest ei maksta sotsiaalmaksu; 3) isik, kes võrdsustatakse kindlustatuga lepingu alusel.

2005. aastal olid 49% kindlustatutest töötajad, kelle eest tööandja tasus sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa, mille suurus sõltub töötaja palgast. Kindlustatutega võrdsustatud isikute osakaal kõigist kindlustatutest oli 48%, kelle eest ravikindlustussüsteemi ei panustata [25]. Ülejäänud kindlustatud isikutena, keda oli kolm protsenti, käsitletakse välislepingu alusel ning riigi poolt kindlustatud isikuid, kelle eest ravikindlustussüsteemi laekuv summa on sätestatud lepingu või seadusega.

Seega on kujunenud olukord, kus alla poole kindlustatud isikutest tasuvad ligikaudu 97% kindlustatud isikute ravikindlustushüvitistega seotud kuludest ning kindlustatutega võrdsustatud isikute ringi laiendamine on tervishoiusüsteemile täiendav lisakoormus [25].

Tabelis 1 on toodud üld- ja eriarstiabi ning soodusravimite kulud ühe kindlustatud isiku ning vältimatu abi kulud ühe mittekindlustatud isiku kohta 2005. aastal. Kindlustatud isikute kulud pärinevad Eesti Haigekassa 2005. aasta majandusaasta aruandest [25]. Mittekindlustatute kulud on arvatud kaudselt, lähtudes 2005. aasta riigieelarves [26] ravikindlustuseta isikute vältimatu abi kuludeks eraldatud summast ning mittekindlustatute arvust.

Ühe tööelise kindlustatud isiku eest Eesti Haigekassa poolt tasutud üld- ja eriarstiabi kulud ning soodusravimite hüvitis olid 2005. aastal keskmiselt 3 500 krooni, ilma ravimiteta ca 3 000 krooni. 2005. aastal eraldati riigieelarvest mittekindlustatud isikute vältimatu abi katteks 77 miljonit krooni, millega saab ühe mittekindlustatud isiku vältimatu abi kuludena katta aastas ca 900 krooni. Seega on kulude erinevus kindlustatud ja mittekindlustatud isiku kohta rohkem kui kolmekordne, mis tingib erinevused tervishoiuteenuste kättesaadavusel ning seab ravikindlustuseta isikud kindlustatud isikutega võrreldes ebavõrdsesse olukorda.

¹ Seaduse nimi muutus alates 01. oktoobrist 2002. a., kui võeti vastu selle uus versioon

Tabel 1. Kulud (kroonides) ühe kindlustatud/mittekindlustatud isiku kohta vanusegrupiti 2005. aastal

Kindlustatud / mitte- kindlustatud isikud	Vanusegrupp	Kindlustatud / mitte- kindlustatud isikute arv	Üldarstiabi kulud (kr)	Eriarstiabi kulud (kr)	Ravimi kulud (kr)	Kulud kokku (kr)
Kindlustatud isikud	0-9	129 735	447	2 292	395	3 134
	10-19	182 342	446	1 860	202	2 508
	20-29	170 328	451	1 991	344	2 786
	30-39	164 857	461	2 059	365	2 885
	40-49	167 729	471	2 335	490	3 296
	50-59	159 838	493	3 490	840	4 824
	60-69	141 779	488	4 952	1 374	6 815
	70-79	109 578	480	6 479	1 738	8 697
	80-89	39 390	450	5 729	1 480	7 659
	90-99	5 677	423	4 786	844	6 054
	100-109	101	403	5 451	247	6 101
Mittekindlustatud isikud	20-29	27 215				911
	30-39	18 883				911
	40-49	23 300				911
	50-59	15 494				911

Allikas: Eesti Haigekassa 2005. a majandusaasta aruanne, 2005. aasta riigieelarve, autori arvutused

Aastate jooksul on ravikindlustuse seadusesse sisseviidud teatavaid muudatusi, millega ravikindlustusega hõlmatud isikute ringi on muudetud, kuid osa elanikkonnast on ravikindlustusega siiski katmata ja neile ei ole tagatud kindlustatud isikutega võrreldes samal tasemel juurdepääs tervishoiuteenustele.

Mittekindlustatud isikutega seotud probleemidele on viidanud Maailma Terviseorganisatsiooni eksperdid, kes soovivad ravikindlustusega katmata isikud pikemas perspektiivis integreerida ühtsesse solidaarsesse ravikindlustussüsteemi ning kindlustada nendele ligipääs tervishoiuteenustele [6].

Ravikindlustusega isikute tervishoiuteenuste kättesaadavuse probleemi teravuse on esile toonud ka Eesti Vabariigi õiguskantsler, öeldes, et olukorras, kus kindlustamata isikutele on piiratud juurdepääs tervishoiuteenustele, ei ole tagatud nende põhiõigus tervise kaitsele ega ole võimaldatud haiguste avastamist ja ravi varajases staadiumis [27].

2.4 Ravikindlustuseta isikud

Ravikindlustuseta isikute täpne arv ja vanuselis-sooline koosseis ei ole täpselt teada, sest Eestis puudub institutsioon, mis nende registreerimisega regulaarselt tegeleks või nende üle arvestust peaks. Erinevate uuringute ja avaldatud andmete põhjal on võimalik anda vaid hinnang mittekindlustatute vanuse, soo, rahvuse, elukoha, perekonnaseisu jm näitajate kohta.

Ravikindlustuseta isikute hulka kuuluvad need, kellel ravikindlustuse seaduse järgi puudub õigus ravikindlustusele. Sellest tulenevalt saavad ravikindlustuseta isikud olla töövõimelises eas 19–63 aastased isikud, kes ei tööta või kelle töötasult ei maksta sotsiaalmaksu.

Leibkonna elujärje uuringu alusel on mittekindlustatuid rohkem meeste kui naiste seas ja rohkem mitte-eestlaste kui eestlaste seas [28–31].

2000. aastal oli ravikindlustuseta isikute osakaal suurim 55–64 aastaste [28], 2001. aastal 45–54 aastaste [29], 2002. aastal 25–34 aastaste [30] ning 2004. aastal 45–54 aastaste seas [31].

Ravikindlustuseta oli Eestis 1990. aastatel hinnanguliselt 40 000–70 000 inimest (3–5% elanikest), kes olid peamiselt Eestis illegaalselt elavad inimesed ja need, kes ei maksnud sotsiaalmaksu [21,22]. 1999. aastal oli mittekindlustatute osakaal elanikkonnast hinnanguliselt 5–8% [21,22], 2000. aastal 6–7% [4,28], 2001. aastal ca 5% [29], 2002. aastal 5–6% [2,30], 2003. aastal ca 6% [32] ning 2004. aastal 4–6% [31,32].

2005. aastal oli ravikindlustusega hõlmamata isikuid hinnanguliselt 6% elanikkonnast [2,4,6,7].

Eesti tööturul on riskirühmadeks ning potentsiaalseteks mittekindlustatuteks isikud, kelle tööturule integreerumine on mingitel põhjustel raskendatud. Need on eelkõige noored, pikaajalised töötud, puudega inimesed, mitte-eestlased, kes ei valda eesti keelt ning madala haridustasemega ja üle 45 aastased tööotsijad [4,33].

Osa mittekindlustatutest moodustavad pikaajalised töötud [2,4,6,34] ehk isikud, kelle tööotsingud on kestnud kauem kui 12 kuud. Töötu ravikindlustuskaitse lõpeb ühe kuu möödumisel pärast töötutoetuse² maksmise lõpetamist [24,35,36], mille järgi muutub isik töömitteleidmisel ravikindlustuseta isikuks.

2005. aastal oli ligikaudu 52 200 töötut [3,38], kellest pikaajalisi töötuid oli hinnanguliselt ca 27 900 [38].

² Kuni 01.01.2006 nimetati töötutoetust töötu abirahaks. Töötutoetust makstakse kuni 270 päeva [36].

Pikaajaliste töötute kõrval kuuluvad mittekindlustatud isikute hulka ka heitunud inimesed, kes on kaotanud lootuse leida tööd ja on loobunud tööotsingutest. Viimastel aastatel oli heitnud isikute arv aastas olnud ligikaudu 18 000 [4,38]. Kokku kuulub hinnanguliselt mittekindlustatu isikute hulka seega ca 45 900 töötut inimest, kellest 57% on mehed ja 43% naised [4,38].

Lisaks eelpool nimetatud gruppidele kuuluvad mittekindlustatute hulka ümbrikupalga saajad, kes hoiduvad maksudest kõrvale [2,6]; isikud, kelle materiaalne kindlustatus ei tingi vajadust töötada ning kes on valmis vajaliku tervishoiuteenuse eest ise tasuma; sotsiaalmaksuga maksustamisele mittekuuluva tulu (dividenditulu) saajad; isikud, kes ei soovi töötada ega oleks valmis töö olemasolu korral seda vastu võtma; isikud, kes on suundunud pikemaks ajaks välismaale tööle või elama. Nimetatud loetelu ei ole lõplik ja sellele võivad lisanduda veel muud isikute grupid, mis ei ole töö autorile teada.

Solidaarsesse ravikindlustussüsteemi ei kuulu kinnipeetavad, kuid nad ei ole käsitletavad mittekindlustatutena, sest nende ravi korraldab ja finantseerib Justiitsministeerium [2]. 2005. aasta alguse seisuga oli Eesti vanglates umbes 4 500 kinnipeetavat [39].

2.5 Ravikindlustuseta isikute ravi Eestis

Ravikindlustuseta isikute tervishoiuteenuste kasutamise kohta Eestis on avaldatud materjale väga vähe. Vassiljev [40] on avaldanud artikli ravikindlustuseta isikute ravist Ida-Tallinna Keskhaigla hooldushaiglas 2001. aastal. Et pöördumised ei olnud tingitud vaid vältimatust abist, siis ei ole Vassiljevi töö tulemused täielikult võrreldavad käesoleva töö tulemustega, kuid informatsioon ravi põhjuste kohta annab siiski võrdlusvõimaluse.

Artiklist selgub, et aasta jooksul käis ravil 2 016 inimest. Iga pöördunud isiku kohta toimus keskmiselt 3,7 ambulatoorset vastuvõttu. Meeste osakaal pöördunutest oli 71% ja naiste osakaal 29%.

Sagedasemateks polikliinikusse pöördumise põhjusteks olid erilaadi kahjustused nagu traumad, luumurrud ja põletused (23,8% põhjustest); naha- ja nahaaluskoe haigused, millest peamiselt püodermia, dermatiit, abstsessid, furunkulid (18,4%); infektsioon- ja parasitaarsed haigused: soolte infektsioonhaigused, tuberkuloos, suguhaigused, viirushepatiitid, täitõbi, sügelised (13,9%); hingamisteede haigused: bronhiitid, astmaatilised bronhiitid, kopsupõletikud, pleuriitid (11,8%).

Artikli autor leiab, et ravikindlustuseta isikute jaoks oleks vaja toetada ja arendada erinevaid sotsiaalabiteenuseid – ambulatoorseid vastuvõtte linnaosades, koduvisiite, meditsiinitöötajate visiite linna öömajadesse.

Habicht ja Thetloff [41] uurisid ravikindlustuseta isikute vaimse tervise rahastamist Eestis 2002. aastal. Selgub, et kindlustamata isikute psüühikahäiretega seotud ravikulud on ambulatoorsetelt osutatud teenuste puhul kindlustatute ravikuludest rohkem kui kaks korda odavamad ning haiglas osutatud teenuste puhul ligikaudu kolm korda kallimad.

Töö autorid leiavad, et mitmekordne erinevus kindlustatud ja mittekindlustatud isikute ravis tuleb sellest, et kindlustamata isikutele osutatakse üksnes vältimatut abi.

Ambulatoorselt või haiglas ravikindlustuseta isikutele osutatud psüühika- ja käitumishäiretest tingitud vältimatu abi peamiseks põhjusteks 2002. aastal olid psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud psüühikahäired, neurootilised, stressiga seotud ja somatoformsed häired ning skisofreenia, skisotüüpsed ja luululised häired.

3. TÖÖ EESMÄRK

Töö eesmärk on anda ülevaade tervishoiuteenuste kasutamisest ravikindlustuseta isikute poolt tingimustes, kus riigieelarvest tasutakse vaid vältimatu abi kulud.

Eesmärgist lähtuvalt püstitati järgmised ülesanded:

- kirjeldada, milline osa ravikindlustuseta isikutest vajab vältimatut abi ning kui sageli ja milliseid tervishoiuteenuseid nad kasutavad;
- uurida, kuidas jaotuvad ravikindlustuseta isikute ravikulud ja milline on neile osutatud tervishoiuteenuste keskmine maksumus;
- selgitada välja põhjused, mille tõttu mittekindlustatud isikutele vältimatut abi osutatakse;
- võrrelda kindlustatud ja kindlustamata isikute tervishoiuteenuste kasutamise sagedust, maksumust ja põhjuseid ning hinnata milliste haiguste ja terviseprobleemide korral jäävad mittekindlustatud isikud vajalikest tervishoiuteenustest ilma;
- hinnata, kui palju suureneks tervishoiusüsteemi töökoormus ja vajadus täiendavate rahaliste vahendite järele, kui mittekindlustatud isikutele oleks tagatud kindlustatutega võrdne ravikindlustushüvitiste kättesaadavus ja ligipääs neile.

4. MATERJAL JA METOODIKA

Käesolev uurimus on kvantitatiivne ning põhineb andmeanalüüsil. Töös kasutatavad andmed mittekindlustatud isikute vältimatu abi kohta on pärit Eesti Haigekassa ravikindlustuse andmekogust. Töös kasutatud võrdlusandmed kindlustatud isikute kohta on saadud samast allikast.

Ravikindlustusega hõlmamata isikutele osutatud vältimatu abi eest tasutakse riigieelarvest selleks ettenähtud vahenditest, kuid riigieelarve vastava eraldise sihtotstarbelist kasutamist kontrollib Eesti Haigekassa vastavalt Eesti Haigekassa ja Sotsiaalministeeriumi vahelisele lepingule [42].

Töös on vaatluse all 2005. aastal üld- ja eriarstiabi tervishoiuteenuse osutajate juures vältimatut abi saanud ravikindlustuseta isikud, kelle kohta on vormistatud ning Eesti Haigekassale kontrollimiseks edastatud raviarved.

Andmete väljavõtmiseks Eesti Haigekassa andmekogust kasutati päringuid majandustarkvara *SAP* abil. Andmeanalüüs teostati *MS Excelis* peamiselt risttabelite abil. Töö tulemused on esitatud jooniste, tabelite ja tekstina.

Andmed kindlustatuse kohta

Eestis ei ole institutsiooni, mis omaks detailset ülevaadet ravikindlustuseta isikute kohta. On olemas informatsioon mittekindlustatud isikute arvu ligikaudse ning hinnangulise suuruse kohta, kuid puudub ühtne register või andmebaas, mille alusel oleks võimalik nende täpset arvu ajas hinnata.

Tulenevalt ravikindlustuse seadusest on kuni 19 aastased ning riiklikku pensioni saavad isikud ravikindlustusega kaetud või vähemalt on neil gruppidel õigus ravikindlustusele. Seetõttu on töös suunatud tähelepanu neile ravikindlustuseta isikutele, kes on 19-aastased ja vanemad ning nooremad kui pensioniealised.

Käesolevas töös on mittekindlustatud isikute vanuselise ja soolise jaotuse leidmiseks kasutatud kaudset meetodit, toetudes kahele andmebaasile. Esiteks, Eesti Haigekassa ravikindlustuse andmekogule, milles sisalduvad andmed ravikindlustust omavate isikute kohta. Teiseks, Eesti Statistikaameti statistika andmebaasile, milles on andmed rahvastiku näitajate ja koosseisu kohta.

Mõlemast andmebaasist kasutati isikute soolist ja vanuselist jaotus puudutavat informatsiooni. Statistikaameti andmed on seisuga 1. jaanuar 2005. a. ning Eesti Haigekassa andmed seisuga 31. detsember 2004. a.

Statistikaameti andmebaasi andmetest lahutati maha Haigekassa ravikindlustuse andmekogu andmed ning tulemusena saadi mittekindlustatud isikute arv vanusegrupiti ja sooti.

Sellisel meetodil kujunes 20–59 aastaste mittekindlustatud isikute arvuks 84 892 isikut, mis moodustab 6% Eesti elanikkonnast ning 11% elanikkonna vastavast vanusegrupist.

Töös käsitletakse 2005. aasta jooksul üld- või eriarstiabi osutavate tervishoiuteenuse osutajate poole vältimatu abi saamiseks pöördunud 20–59 aastase mittekindlustatud isiku tervishoiuteenuste kasutamist, kelle kohta on tervishoiuteenuse osutajad Eesti Haigekassale esitanud teenuse osutamist kinnitavad raviarved.

Kokku on töös analüüsitud 22 763 ravikindlustuseta isiku 33 581 raviarvet.

Tavapärast andmeesitlust järgides on ravikindlustuseta isikud jagatud vanusegruppidesse soo järgi 5 aasta kaupa.

Töös on arstiabi liikidena käsitletud üld- ehk perearstiabi, ambulatoorset eriarstiabi ja statsionaarset eriarstiabi ehk haiglaravi. Sellise liigituse tingib ühelt poolt see, kas tervishoiuteenust osutatakse ambulatoorselt või statsionaarselt, ning teiselt poolt see, kas ambulatoorset teenust on osutanud eriarst või perearst.

Töös kasutatav ravijuhu mõiste tuleneb Eesti Haigekassa ja tervishoiuteenuse osutaja vahelisest ravi rahastamise lepingust [43], mille järgi ravijuht on raviarve, millel kajastuvad ühele kindlustatud isikule ühe haigusjuhu käigus tehtud terviseuuringud ja osutatud teenused.

Sõnu ravijuht ja raviarve kasutatakse töös sünonüümidena.

Ravikindlustuseta isikute arv ja vältimatut abi kasutanud isikute arv vanuserühma, soo ja arstiabi liigi järgi on toodud tabelis 2.

Ravikindlustuseta isikute vältimatu abi saamist kinnitavate raviarvete arv vanusegrupi, soo ja arstiabi liigi järgi on esitatud tabelis 3.

Tabel 2. Mittekindlustatute arv ja vältimatu abi kasutajate arv

Vanusegrupp	Mitte-kindlustatute arv	Vältimatut abi kasutanute arv			
		Kokku*	Ambulatoorne eriarstiabi	Haiglaravi	Perearstiabi
MEHED					
20-24	10 799	2 870	2 493	372	201
25-29	8 222	2 575	2 255	398	172
30-34	7 066	2 401	2 078	427	143
35-39	6 395	2 096	1 759	429	114
40-44	7 359	2 131	1 697	536	137
45-49	7 050	1 962	1 519	565	129
50-54	5 592	1 666	1 226	556	119
55-59	3 684	1 162	838	381	98
Kokku mehed	56 167	16 863	13 865	3 664	1 113
NAISED					
20-24	4 886	925	696	188	128
25-29	3 308	764	548	178	117
30-34	2 603	684	500	134	108
35-39	2 819	590	431	157	75
40-44	4 295	696	514	181	91
45-49	4 596	817	582	219	106
50-54	4 365	854	585	233	119
55-59	1 853	570	390	155	91
Kokku naised	28 725	5 900	4 246	1 445	835
KOKKU					
20-24	15 685	3 795	3 189	560	329
25-29	11 530	3 339	2 803	576	289
30-34	9 669	3 085	2 578	561	251
35-39	9 214	2 686	2 190	586	189
40-44	11 654	2 827	2 211	717	228
45-49	11 646	2 779	2 101	784	235
50-54	9 957	2 520	1 811	789	238
55-59	5 537	1 732	1 228	536	189
Kokku	84 892	22 763	18 111	5 109	1 948

* Kuna üks isik võib olla saanud vältimatut abi kõigi kolme arstiabi liiki pakkuva tervishoiuteenuse osutaja juures, siis veerus „Kokku” toodud isikute arv ei summeeru vanusegrupiti.

Tabel 3. Mittekindlustatute raviarvete jagunemine sõltuvalt vanusegrupist, soost ja arstiabi liigist

Vanusegrupp	Kokku	Ambulatoorne eriarstiabi	Haiglaravi	Perearstiabi
MEHED				
20-24	4 194	3 515	449	230
25-29	3 853	3 163	486	204
30-34	3 505	2 794	530	181
35-39	3 136	2 468	531	137
40-44	3 173	2 319	665	189
45-49	2 974	2 098	709	167
50-54	2 490	1 647	698	145
55-59	1 747	1 138	476	133
Kokku mehed	25 072	19 142	4 544	1 386
NAISED				
20-24	1 299	905	231	163
25-29	1 071	730	205	136
30-34	969	673	159	137
35-39	885	600	187	98
40-44	1 029	694	218	117
45-49	1 170	760	272	138
50-54	1 252	791	295	166
55-59	834	517	187	130
Kokku naised	8 509	5 670	1 754	1 085
KOKKU				
20-24	5 493	4 420	680	393
25-29	4 924	3 893	691	340
30-34	4 474	3 467	689	318
35-39	4 021	3 068	718	235
40-44	4 202	3 013	883	306
45-49	4 144	2 858	981	305
50-54	3 742	2 438	993	311
55-59	2 581	1 655	663	263
Kokku	33 581	24 812	6 298	2 471

Tabel 4. Tervishoiuteenuseid kasutanute osakaal vastava vanuserühma mittekindlustatute koguarvust

Vanusegrupp	Kasutajate osakaal (%)			
	Kokku	Ambulatoorne eriarstiabi	Haiglaravi	Perearstiabi
MEHED				
20-24	26,6	23,1	3,4	1,9
25-29	31,3	27,4	4,8	2,1
30-34	34,0	29,4	6,0	2,0
35-39	32,8	27,5	6,7	1,8
40-44	29,0	23,1	7,3	1,9
45-49	27,8	21,5	8,0	1,8
50-54	29,8	21,9	9,9	2,1
55-59	31,5	22,7	10,3	2,7
Kokku mehed	30,0	24,7	6,5	2,0
NAISED				
20-24	18,9	14,2	3,8	2,6
25-29	23,1	16,6	5,4	3,5
30-34	26,3	19,2	5,1	4,1
35-39	20,9	15,3	5,6	2,7
40-44	16,2	12,0	4,2	2,1
45-49	17,8	12,7	4,8	2,3
50-54	19,6	13,4	5,3	2,7
55-59	30,8	21,0	8,4	4,9
Kokku naised	20,5	14,8	5,0	2,9
KOKKU				
20-24	24,2	20,3	3,6	2,1
25-29	29,0	24,3	5,0	2,5
30-34	31,9	26,7	5,8	2,6
35-39	29,2	23,8	6,4	2,1
40-44	24,3	19,0	6,2	2,0
45-49	23,9	18,0	6,7	2,0
50-54	25,3	18,2	7,9	2,4
55-59	31,3	22,2	9,7	3,4
Kokku	26,8	21,3	6,0	2,3

5. TULEMUSED

Töö tulemused on esitatud kolmes osas.

Esimeses osas antakse ülevaade, milline osa mittekindlustatud isikutest ja kui sageli on aastase perioodi jooksul kasutanud tervishoiuteenuseid vältimatu abi korras, ning võrreldakse neid kindlustatutega.

Teises osas esitatakse ambulatoorse ja statsionaarse ravijuhu keskmine maksumus, keskmine haiglaravil viibimise aeg ja ambulatoorsete vastuvõttude arv ühe vältimatut ambulatoorset eriarstiabi saanud isiku kohta. Kõiki tulemusi võrreldakse kindlustatud isikute vastavate näitajatega.

Kolmandas osas antakse ülevaade mittekindlustatud isikute vältimatu abi põhjustest ja esitatakse ravijuhtude arv diagnoosigrupiti 1000 isiku kohta. Andmeid võrreldakse kindlustatute vastavate andmetega.

5.1 Tervishoiuteenuste kasutajate osakaal ja kasutamise sagedus

5.1.1 Kasutajate osakaal

Töös on tervishoiuteenuste kasutajatena arvestatud isikud, kellel on aasta jooksul olnud kontakt tervishoiuteenuse osutajaga, mille käigus on selle kinnituseks vormistatud raviarve.

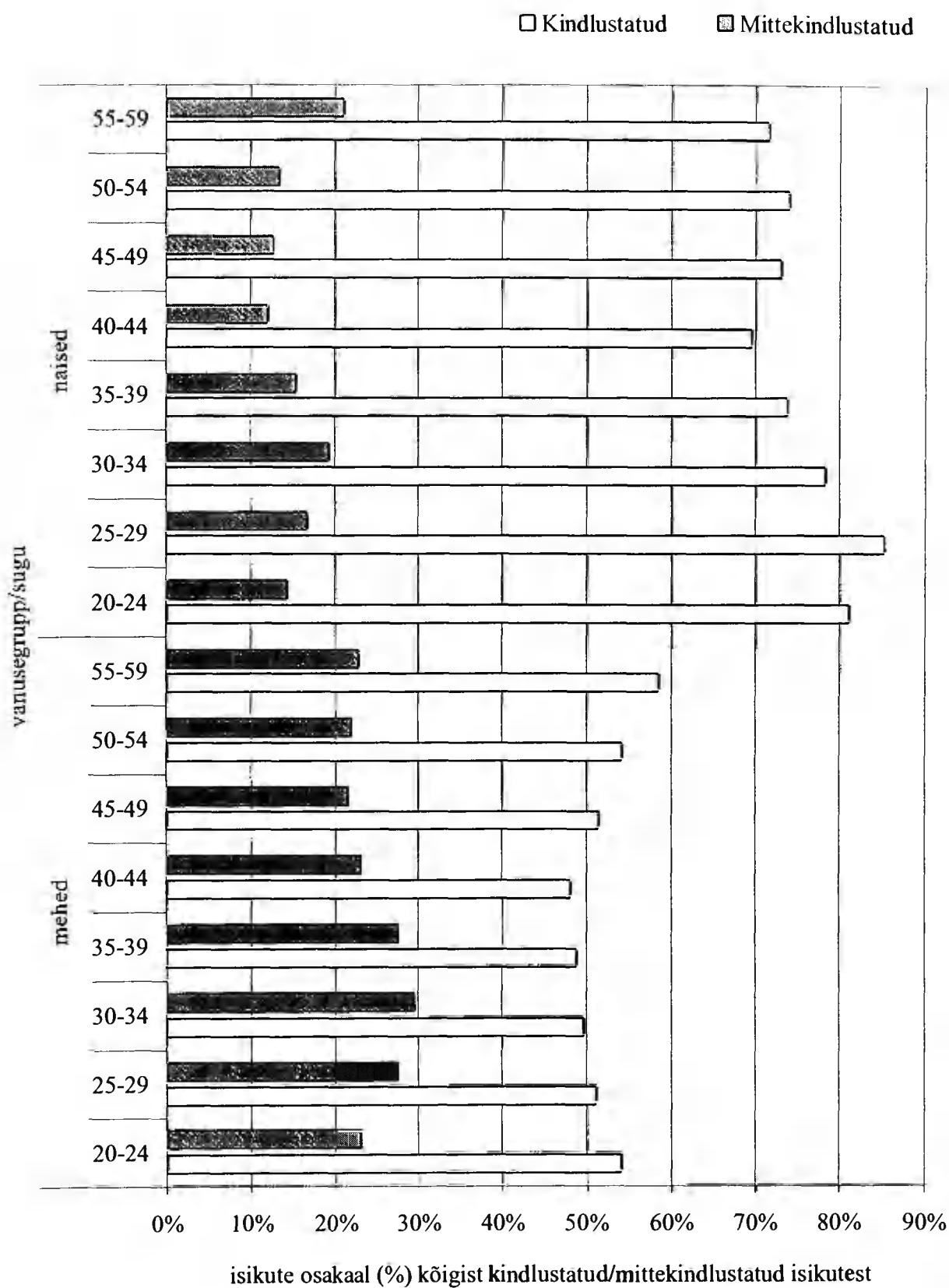
Tulemused teenuseid kasutanud isikute osakaalu kohta kõigist kindlustatud ja mittekindlustatud isikutest arstiabi liigiti, vanusegrupiti ja sooti on esitatud tabelis 4.

Kokku kasutab aasta jooksul vähemalt ühte kolmest arstiabi liigist 27% mittekindlustatud isikutest. Tervishoiuteenuste kasutamisel esineb sooline erinevus – meeste seas on vältimatut abi vajanute osakaal suurem kui naiste seas.

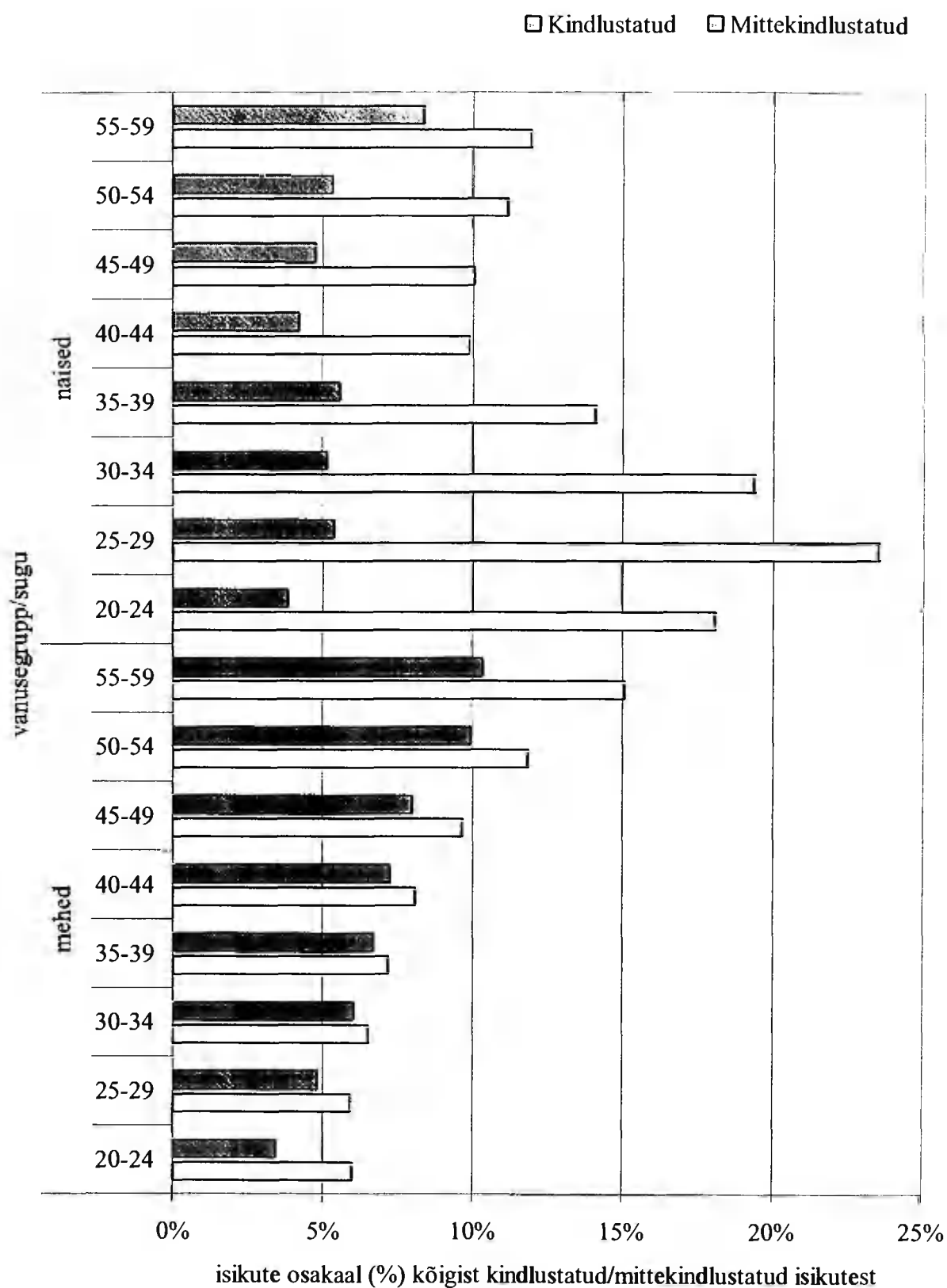
Üldarstiabi teenuseid on vältimatu abi korras aasta jooksul kasutanud 2% (meestest 2% ja naistest 3%), ambulatoorse eriarstiabi teenuseid 21% (25% ja 15%) ning statsionaarse eriarstiabi teenuseid 6% (7% ja 5%) mittekindlustatud isikutest.

Tervishoiuteenuste kasutamine kasvab seoses vanusega haiglaravil viibinud meeste seas.

Isikute osakaal kõigist kindlustatud/mittekindlustatud isikutest, kes kasutasid ambulatoorse eriarstiabi tervishoiuteenuseid, on toodud joonisel 2 ja haiglaravi vajanud isikute osakaal on toodud joonisel 3.



Joonis 2. Isikute osakaal kõigist kindlustatud/mittekindlustatud isikutest, kes kasutasid ambulatoorse eriarstiabi teenuseid



Joonis 3. Isikute osakaal kõigist kindlustatud/mittekindlustatud isikutest, kes vajavad haiglaravi

5.1.2 Vältimatu abi kasutamise sagedus

Enamus mittekindlustatud isikutest pöördus aasta jooksul tervishoiuteenuse osutaja poole vältimatu abi saamiseks üks kord.

Sõltuvalt arstiabi liigist, osutati aasta jooksul 1–3% ravikindlustuseta isikutest vältimatut abi neljal ja rohkemal korral.

Mittekindlustatud mehed pöördusid neli ja enam korda vältimatu abi saamiseks pigem ambulatoorse eriarstiabi osutaja, naised perearsti poole.

Nii meeste kui naiste seas oli sagedasem ambulatoorse eriarstiabi osutaja poole pöördumine tingitud peamiselt traumade, psüühikahäirete ja nahahaiguste tõttu.

Perearstidelt saadi vältimatus korras neljal ja enamal korral abi vereringeelundite (mehed) ning seedetraktihaiguste (naised) tõttu.

Haiglaravil viibis aasta jooksul neli ja rohkem korda ca 1,3% mittekindlustatud meestest ja 1% naistest, mille põhjuseks nii meestel kui naistel olid nakkushaigused, traumad ja vigastused ning seedeelundite haigused.

Tabelis 5 on toodud arstiabi liigiti ravikindlustuseta isikute arv vastavalt sellele, mitu raviarvet neile aasta jooksul vältimatut abi saamise kinnituseks on vormistatud.

Tabel 5. Raviarvete arv isiku kohta vanusegrupi, soo ja arstiabi liigi järgi

Sugu	Raviarvete arv	Teenuseid kasutanud mittekindlustatute arv		
		Ambulatoorne eriarstiabi	Haiglaravi	Perearstiabi
MEHED	4 ja enam	403	47	10
	3	667	117	32
	2	2 387	485	164
	1	10 408	3 015	907
NAISED	4 ja enam	100	14	14
	3	164	46	28
	2	684	172	137
	1	3298	1213	656

5.2 Ravijuhu maksumus, vastuvõttude arv ja keskmine ravil viibimine

5.2.1 Ravijuhu keskmine maksumus

Ravijuhu keskmine maksumus sõltub ühelt poolt osutatavate tervishoiuteenuste hulgast, teisele poolt aga nende hinnast. Sellest tulenevalt võivad erinevused ravijuhu keskmises maksumuses olla tingitud kas erineval määral või erineva hinnaga tervishoiuteenuste osutamisest. Ravijuhu keskmise maksumuse saamiseks leitakse raviarvete kogusumma ja koguarvu suhe. Üldarstiabi rahastamise eripärast tulenevalt ei tooda tulemustes välja tervishoiuteenuste põhiste hindade alusel arvutatud ravijuhu keskmist maksumust.

Mittekindlustatud meeste ravijuhu keskmine maksumus haiglas on 23% kallim kui naistel.

Mittekindlustatud ambulatoorse ravijuhu keskmine maksumus on sõltuvalt vanusegrupist kindlustatutega võrreldes meestel 17–53% ning naistel 22–55% odavam.

Mittekindlustatud isikute statsionaarse ravijuhu keskmine maksumus on aga kallim kindlustatud vastava näitajaga võrreldes – sõltuvalt vanusegrupist meestel 8–22% ning naistel 14–71%.

Statsionaarse ravijuhu keskmine maksumus kallineb nii meestel kui naistel vanuse kasvades.

Ambulatoorse eriarstiabi ja haiglaravi ravijuhtude keskmised maksumused mittekindlustatud ja kindlustatud isikute kohta on esitatud joonistel 4 ja 5.

5.2.2 Keskmine statsionaarsel ravil viibimine

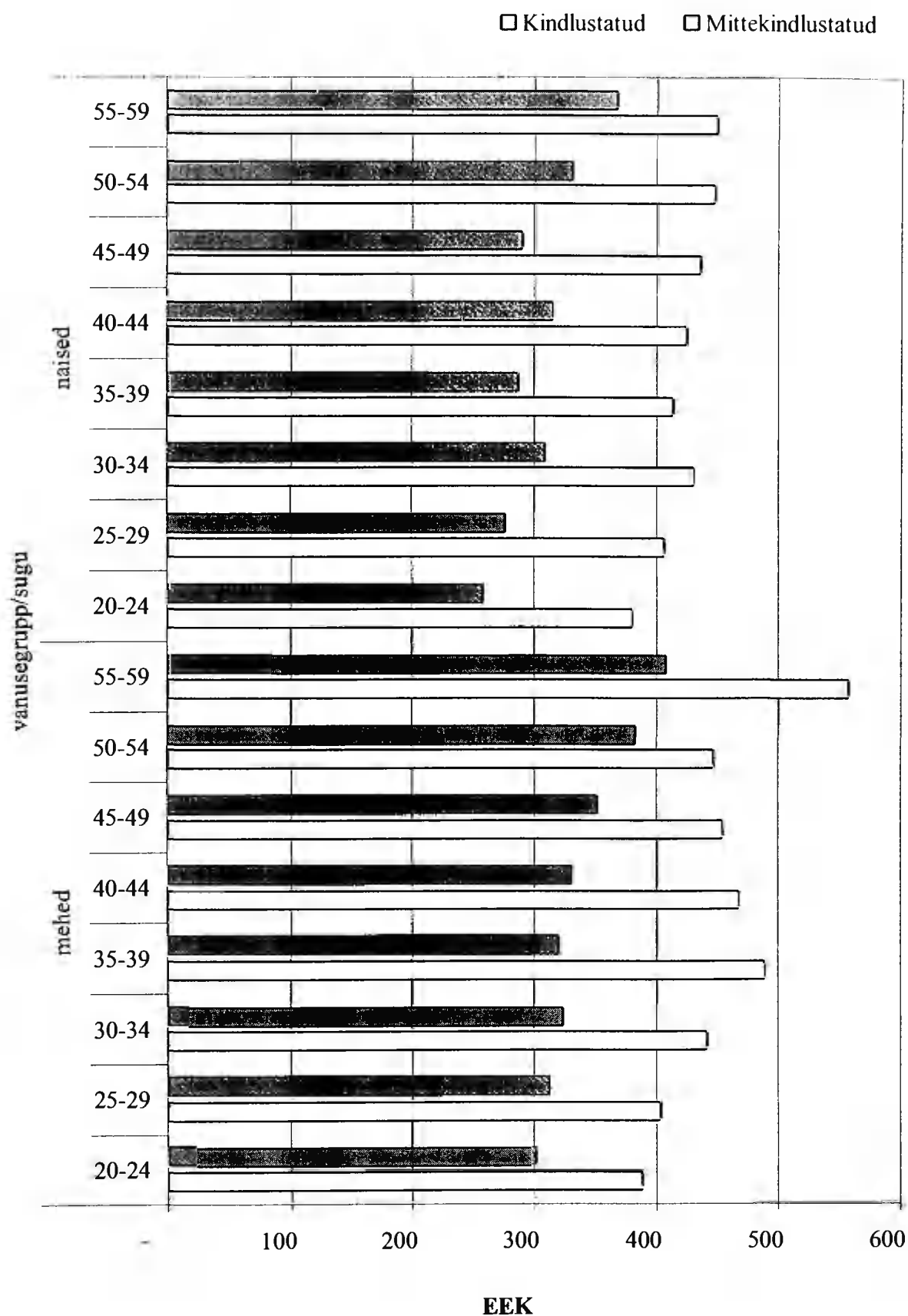
Keskmine ravil viibimine väljendab ravipäevade arvu, mis on vajalik ühe hospitaliseerimisega seotud haigusjuhtumi ravimiseks. Hospitaliseerimine lõpeb saatmisega haiglast koju, suunamisega edasisele ravile või patsiendi surmaga. Keskmine ravil viibimine on leitud haiglas viibitud päevade koguarvu jagamisel statsionaarsete ravijuhtude koguarvuga.

Mittekindlustatud mehed viibivad keskmiselt ühe päeva võrra kauem ravil kui naised.

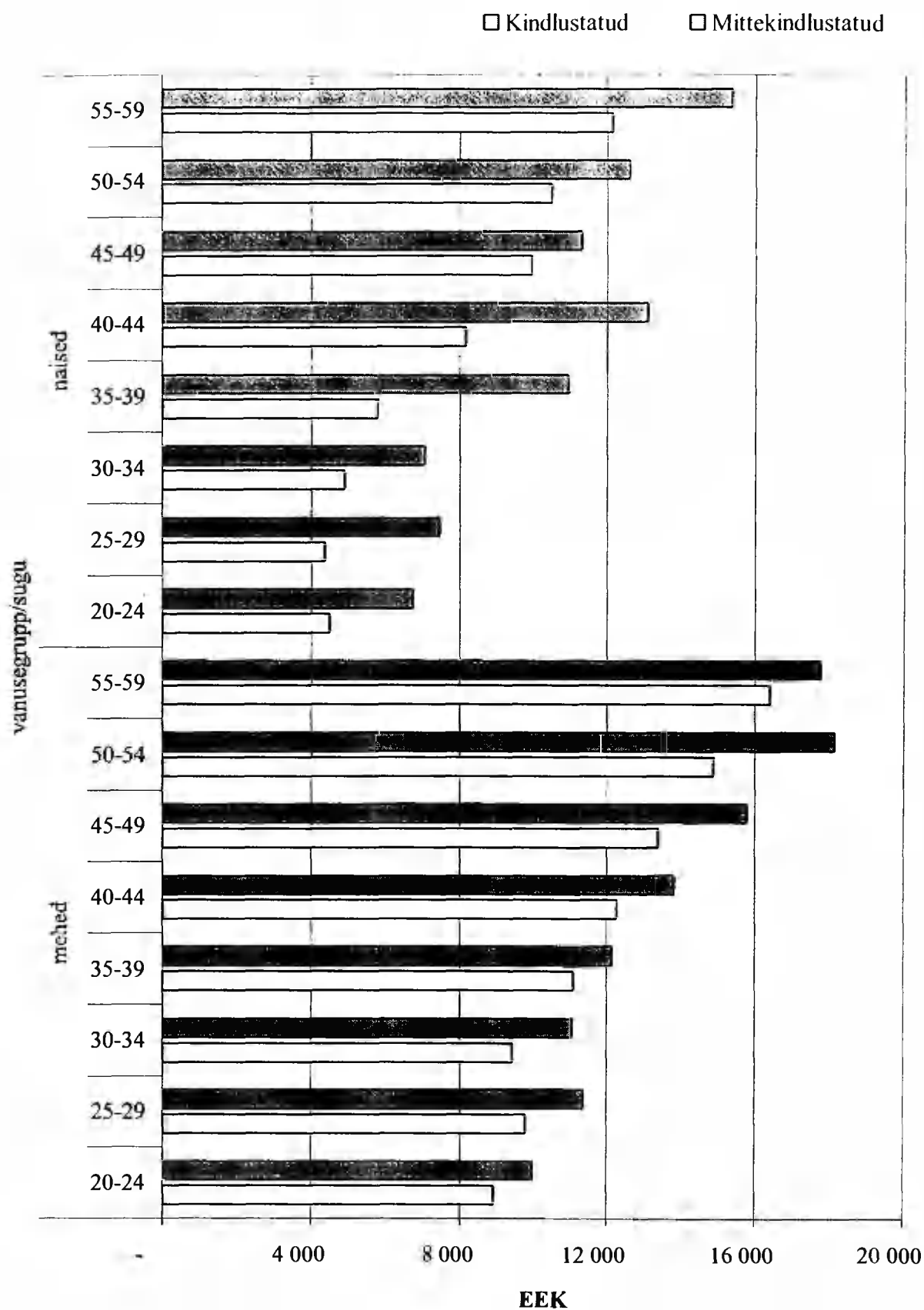
Kõigis vanusegruppides on mittekindlustatud meeste ja naiste keskmine ravil viibimise aeg pikem kui kindlustatud – sõltuvalt vanusegrupist meestel 1–4 päeva ning naistel 1–6 päeva.

Haiglaravil viibimine vanuse lisandumisel pikeneb.

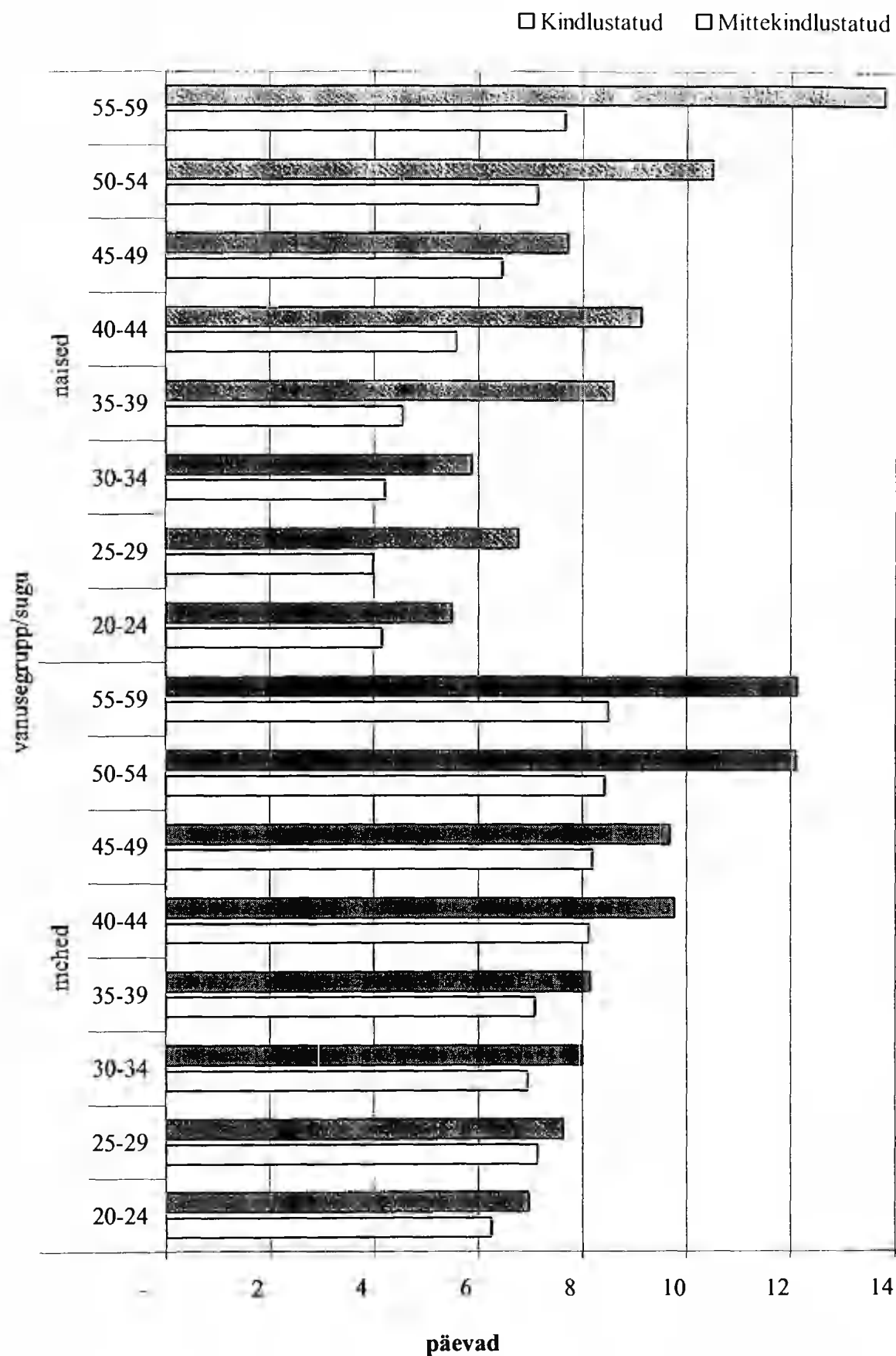
Keskmine haiglaravil viibimine sõltuvalt soost, vanusegrupist ning ravikindlustuse olemasolust on toodud joonisel 6.



Joonis 4. Ambulatoorse ravijuhu keskmine maksumus soo, vanusegrupi ja ravikindlustuse olemasolu järgi



Joonis 5. Statsionaarse ravijuhu keskmine maksumus soo, vanusegrupi ja ravikindlustuse olemasolu järgi



Joonis 6. Keskmine haiglaravil viibimine päevades soo, vanusegrupi ja ravikindlustuse olemasolu järgi

5.2.3 Vastuvõttude hulk ühe isiku kohta

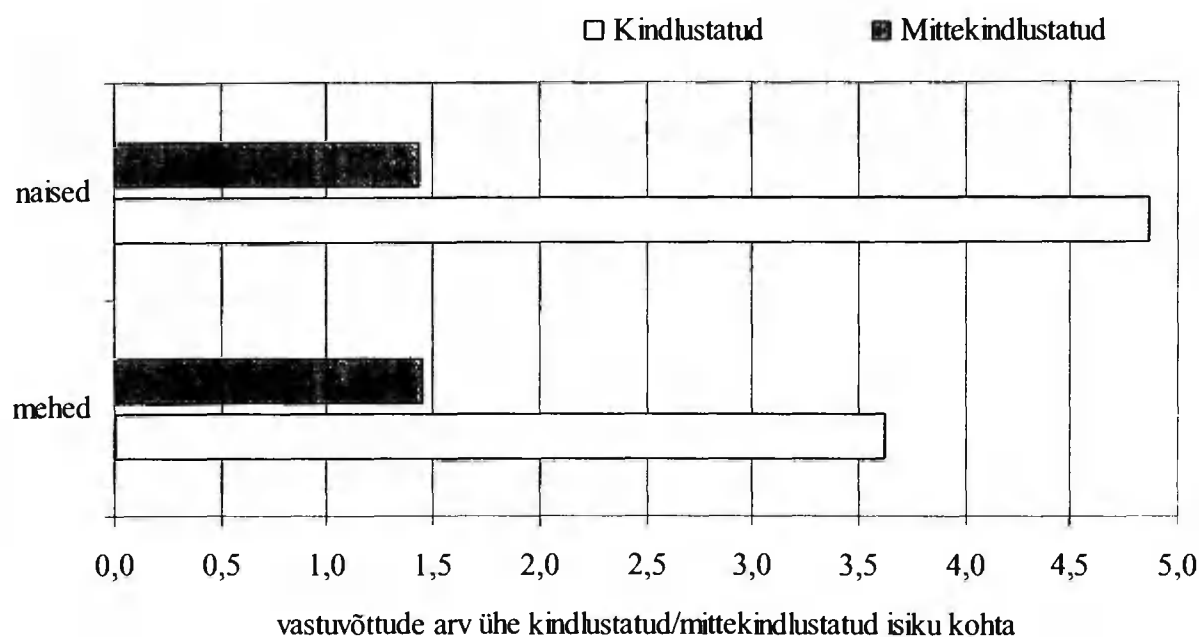
Vastuvõttudena on arvesse võetud tervishoiuteenused, mis on kirjeldatud Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelus §6 [44] ja mille hulka kuuluvad lisaks eriarsti esmastele ja korduvatele vastuvõttudele ning koduvisiitidele ka arst-residendi ja psühhiaatri vastuvõttud ning õe või ämmaemanda ja psühhiaatriaõe iseseisvad vastuvõttud või koduvisiidid.

Vastuvõttude arv on leitud ühe ambulatoorseid teenuseid kasutanud isiku kohta.

Ühe ambulatoorse eriarstiabi teenuseid kasutanud mittekindlustatud mehe kohta on aastas keskmiselt 1,4 ning kindlustatud mehe kohta 3,6 vastuvõttu. Erinevus on 2,5-kordne.

Ühe ambulatoorse eriarstiabi teenuseid kasutanud mittekindlustatud naise kohta on vastuvõttude arv aastas keskmiselt 1,4 ning kindlustatud naise kohta 4,9. Erinevus on 3,4-kordne.

Ambulatoorse eriarstiabi vastuvõttude arv ühe tervishoiuteenuseid kasutanud kindlustatud ja mittekindlustatud isiku kohta on toodud joonisel 7.



Joonis 7. Vastuvõttude arv ühe ambulatoorse eriarstiabi teenuseid kasutanud kindlustatu/mittekindlustatud isiku kohta soo ja ravikindlustuse olemasolu järgi

5.3 Diagnoosid

Diagnooside grupeerimisel on aluseks võetud Rahvusvahelise haiguste ja nendega seotud terviseprobleemide statistilise klassifikatsiooni 10. väljaandes [45] esitatud peatükid, mille pealkirjad ja töös kasutatavad nimetused on toodud lisas 1.

5.3.1 Sagedamini esinevad diagnoosid

Vältimatu abi saamise põhjuseks olnud diagnoosid on esitatud kümne suurema diagnoosigrupina sõltuvalt soost ja arstiabi liigist. Kõik ülejäänud raviarved on esitatud ühe diagnoosigrupina nimetuse „muud” all.

Mittekindlustatud meeste ambulatoorse ravi põhjuseks on kõige sagedamini traumad ja vigastused, psüühikahäired ning naha- ja nahaaluskoe haigused. Ka kindlustatud meestel on kõige sagedamini ambulatoorse ravi põhjuseks traumad jm vigastused, kuid võrreldes mittekindlustatud meestega, on diagnoosigrupi raviarvete osakaal kindlustatud meeste seas ligikaudu kolm korda väiksem.

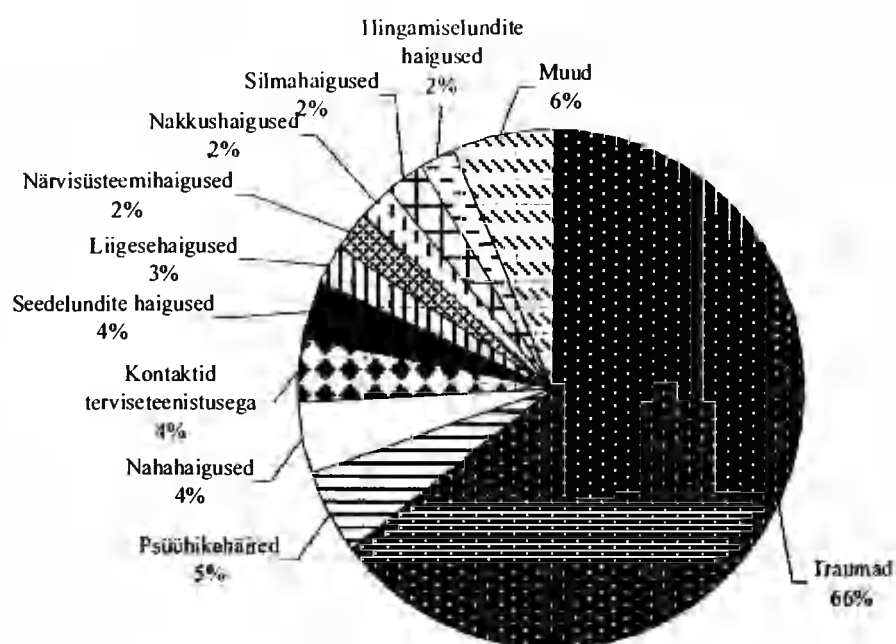
Mittekindlustatud meeste haiglaravi on kõige sagedamini tingitud traumadest jt vigastustest. Teiseks suuremaks haiglaravi põhjuseks nii mittekindlustatud kui kindlustatud meestel on seedeelundite haigused. Vereringeelundite haigusi, mis on kindlustatud meeste seas kõige sagedasemaks haiglaravi põhjuseks, on mittekindlustatute seas vaid 7% ravijuhtudest.

Ravikindlustuseta naiste ambulatoorse ravi peamiseks põhjusteks on traumad ja vigastused, kindlustatud naistel aga kontaktid tervise teenistusega, millest suurem osa on tingitud raseduse jälgimise ja kontratseptsiooni alase nõustamisega. Psüühika- ja käitumishäireid on nii kindlustatud ja mittekindlustatud naistel sama suures osas ambulatoorse ravi saamise põhjusteks.

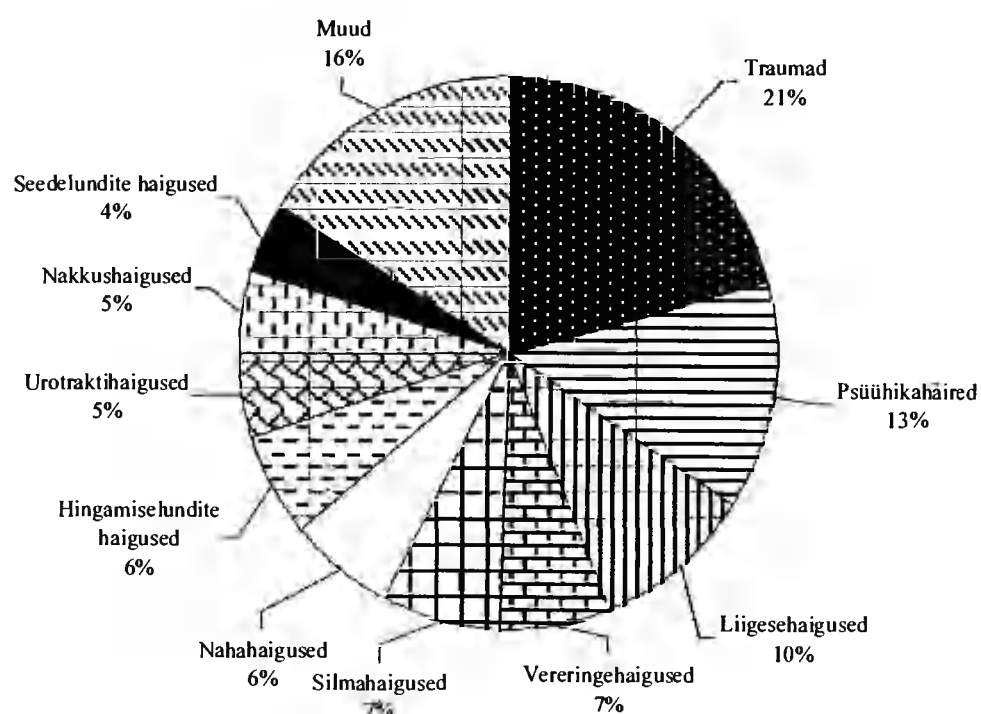
Mittekindlustatud naiste haiglaravi on peamiselt põhjustatud traumadest ja vigastustest, seedetraktihaigustest ning sünnituse ja rasedusega seotud seisunditest. Need erinevad kindlustatud naiste haiglaravi põhjustest, milleks on sünnituse ja rasedusega seotud seisundid, kontaktid tervise teenistusega (peamiselt haige lapsega haiglaravil viibimine) ning kuse- ja suguelundite haigused.

Mittekindlustatud ja kindlustatud isikute sagedamini esinevate diagnooside võrdlused on meeste ambulatoorse ravi kohta joonisel 8, meeste haiglaravi kohta joonisel 9, naiste ambulatoorsete ravi kohta joonisel 10 ning naiste haiglaravi kohta joonisel 11.

Mittekindlustatud

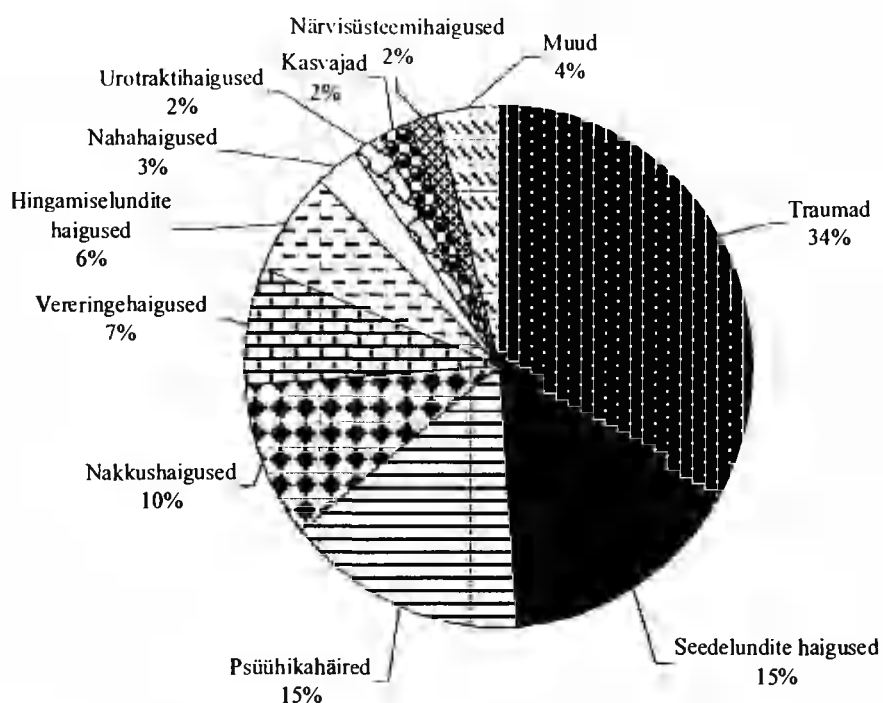


Kindlustatud

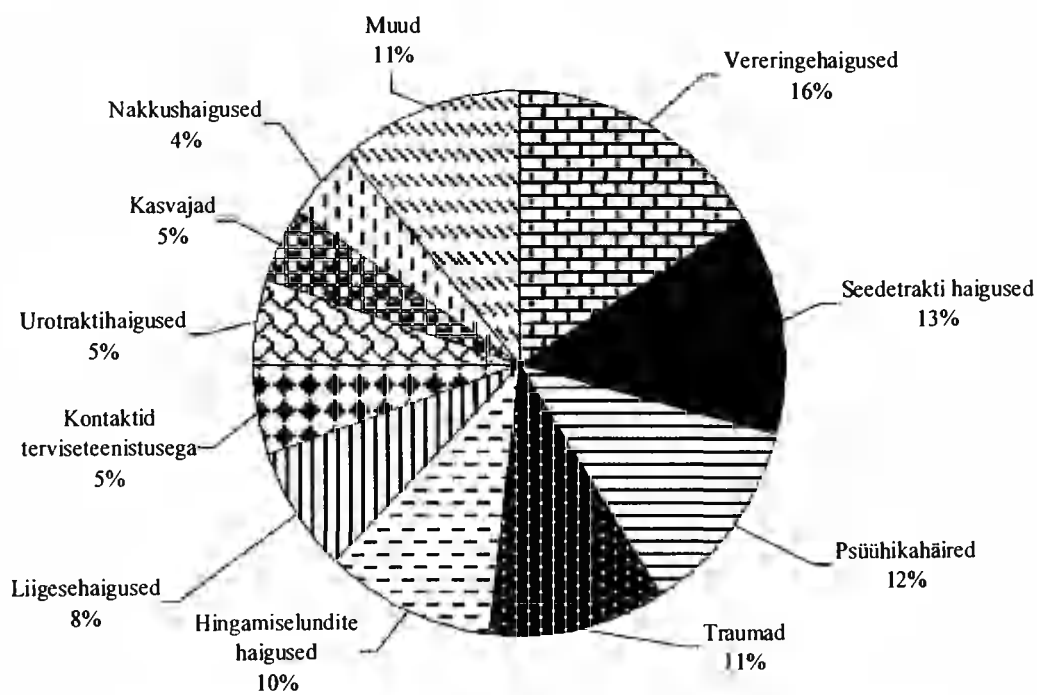


Joonis 8. Meeste ambulatoorsete raviarvete jagunemine diagnoosigruppidesse ravikindlustuse olemasolu järgi

Mittekindlustatud

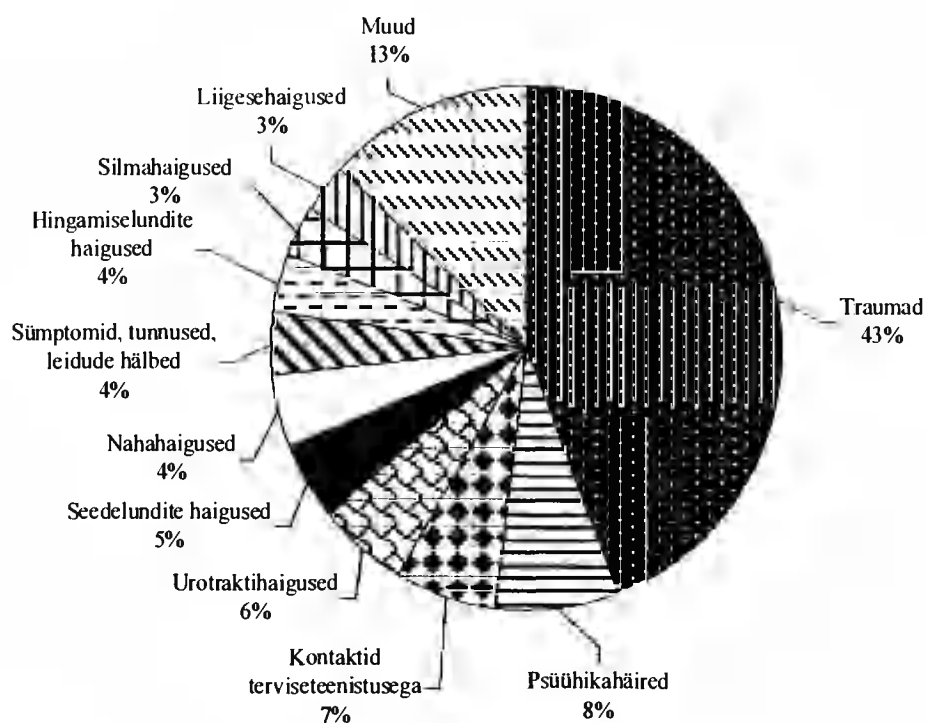


Kindlustatud

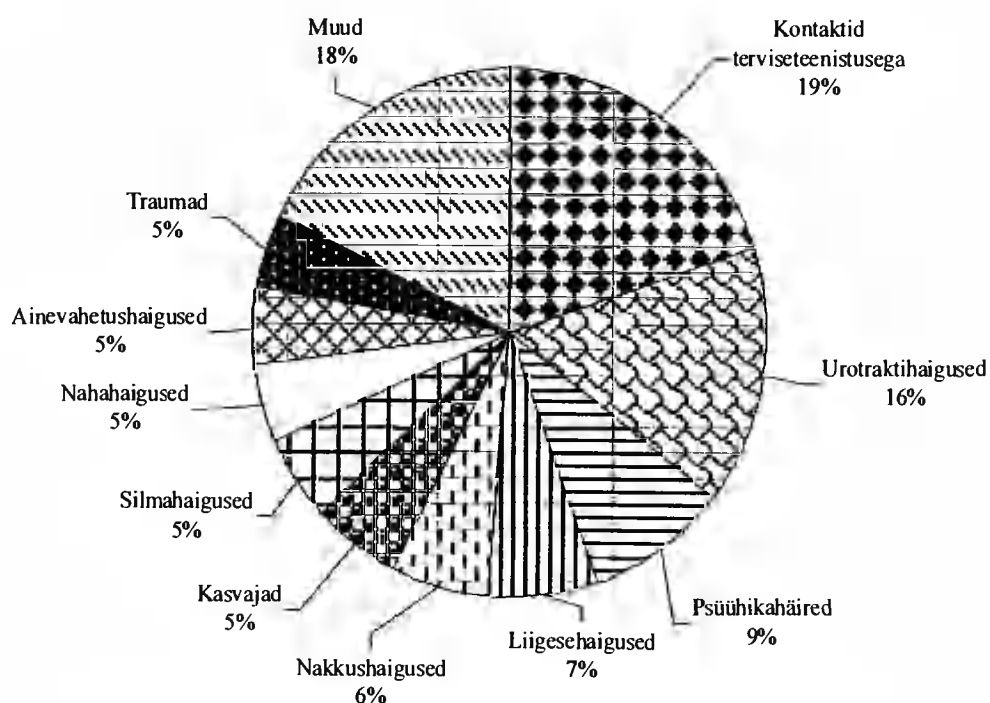


Joonis 9. Haiglaravi saanud meeste raviarvete jagunemine diagnoosigruppidesse ravikindlustuse olemasolu järgi

Mittekindlustatud

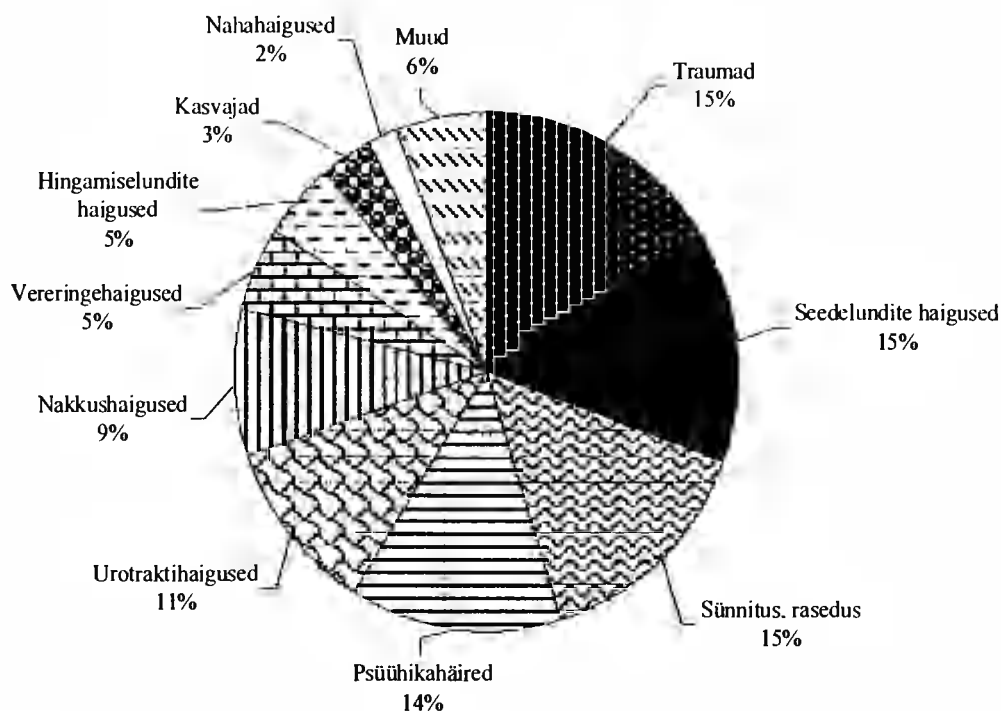


Kindlustatud

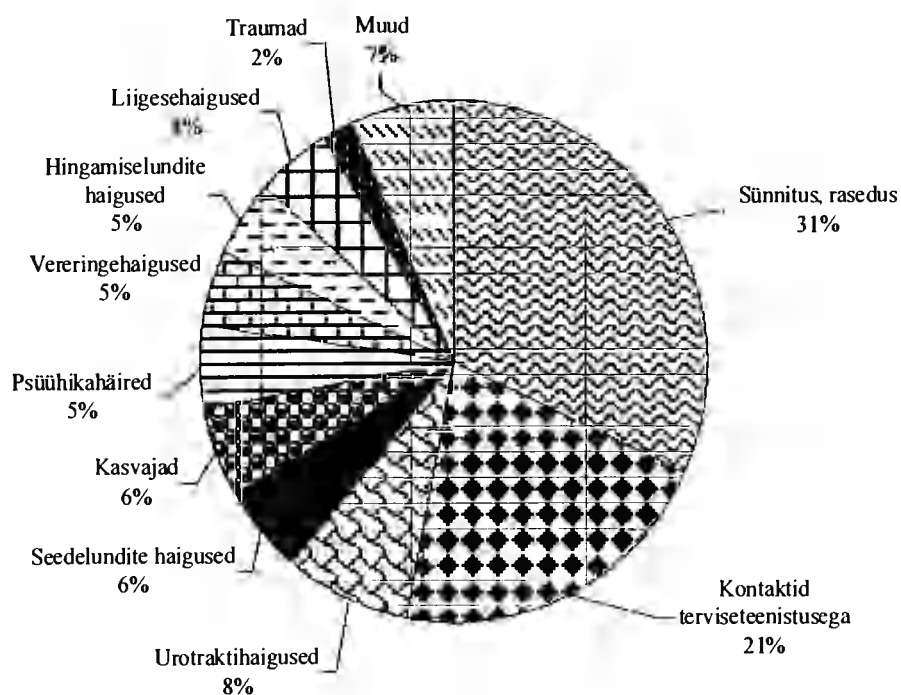


Joonis 10. Naiste ambulaatorsete raviarvete jagunemine diagnoosigruppidesse ravikindlustuse olemasolu järgi

Mittekindlustatud



Kindlustatud



Joonis 11. Haiglaravi saanud naiste raviarvete jagunemine diagnoosigruppidesse ravikindlustuse olemasolu järgi

5.3.2 Ravijuhtude arv diagnoosigrupiti 1000 isiku kohta

Andmete esitamisel on välja jäetud järgmised diagnoosigrupid:

- P00-P96 (perinataal- ehk sünniperioodis tekkivad teatavad seisundid);
- V01-Y98 (haigestumise ja surma välispõhjused);
- R00-R99 (mujal klassifitseerimata sümptomid, tunnused ning kliiniliste ja laboratoorsete leidude hälbepildid);
- Q00-Q99 (kaasasündinud väärarendid, deformatsioonid ja kromosoomianomaaliad);
- O00-O99 (rasedus, sünnitus ja sünnitusjärgne periood) meestel.

Vaid haiglaravil viibinud mittekindlustatud meeste ja naiste traumade jt vigastuste ning nakkushaigustega seotud raviarvete arv 1000 isiku kohta on suurem kui kindlustatutel. Kõikide ülejäänud diagnoosigruppide osas nii haiglas kui ambulatoorselt on kindlustatud isikute raviarvete arv 1000 kohta kordades suurem.

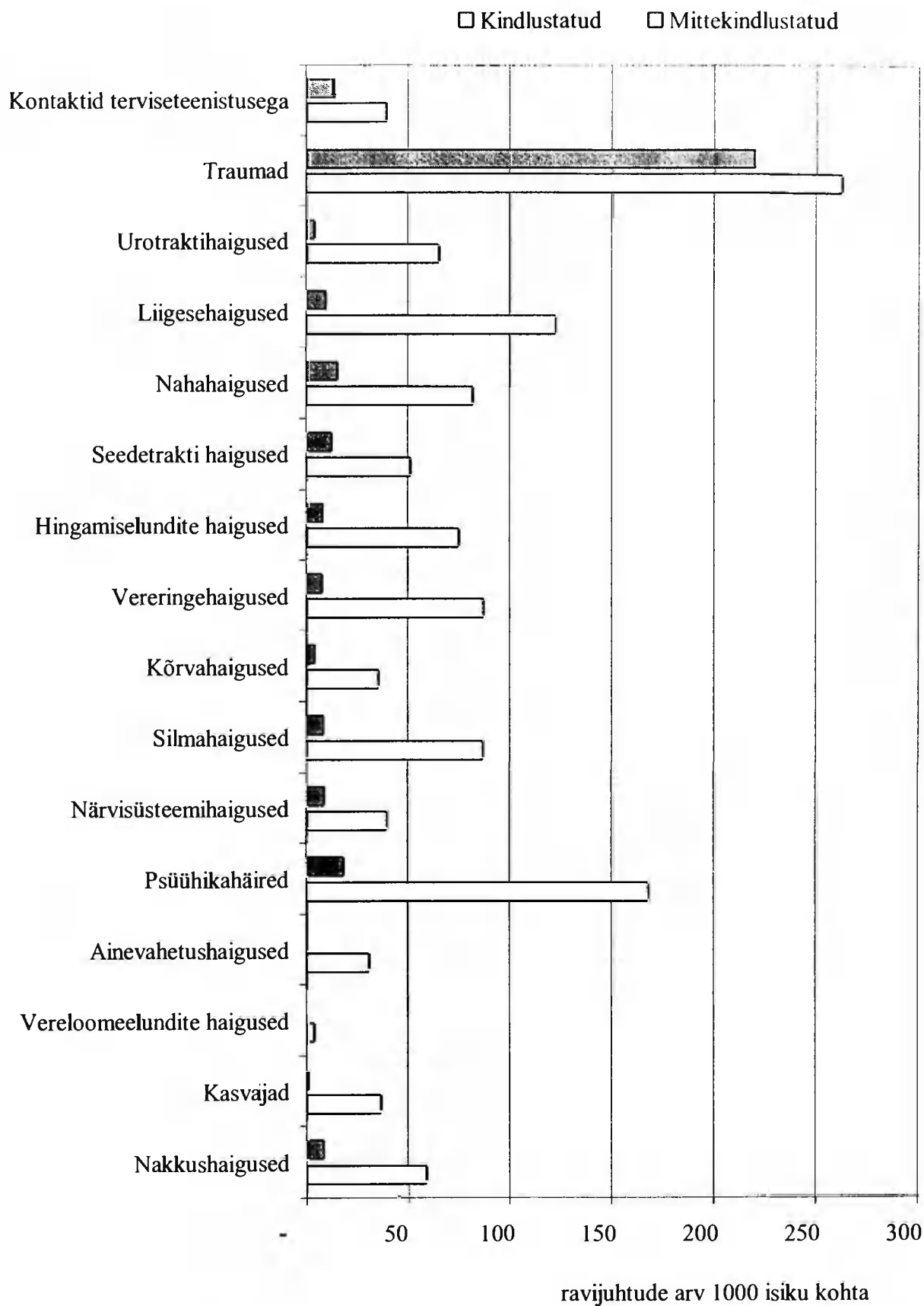
Kõige rohkem on ambulatoorseid ravijuhte 1000 mittekindlustatud mehe kohta traumade jt vigastuste, psüühika- ja käitumishäirete ning nahahaiguste korral ning haiglaravi juhte traumade jt vigastuste, seedeelundite haiguste ning psüühika- ja käitumishäirete korral.

Ravikindlustuseta meeste katmata ravivajadus võrreldes kindlustatud meestega on ambulatoorse ravi osas seotud ainevahetushaigustega, kasvajatega, vereloomeelundite haigustega ning kuse- ja suguelundite haigustega; haiglaravi osas aga kontaktidega terviseteenistusega, lihasluukonna- ja sidekoehaigustega ning kõrva- ja nibujätkehaigustega.

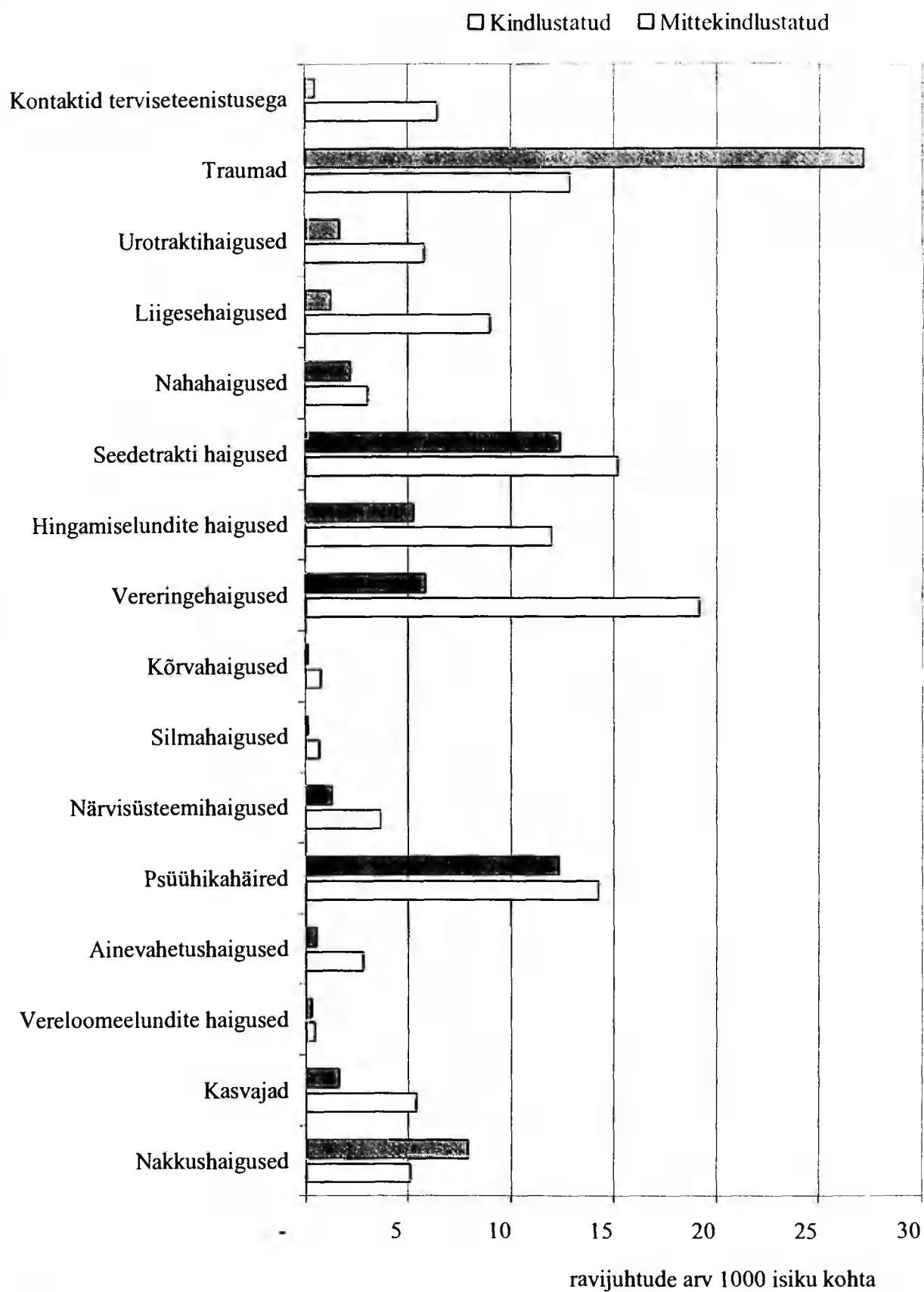
Kõige rohkem on ambulatoorseid ravijuhte 1000 mittekindlustatud naiste kohta traumade jt vigastuste, psüühika- ja käitumishäirete ning kuse- ja suguelundite haiguste korral ning haiglaravijuhte traumade jt vigastuste, sünnituse ja raseduse ning seedeelundite haiguste korral.

Ravikindlustuseta naiste katmata ravivajadus võrreldes kindlustatud naistega on ambulatoorse ravi osas seotud ainevahetushaigustega, kasvajatega ja kontaktidega terviseteenistusega ning haiglaravi osas kontaktidega terviseteenistusega, lihasluukonna- ja sidekoehaigustega ning sünnituse ja rasedusega.

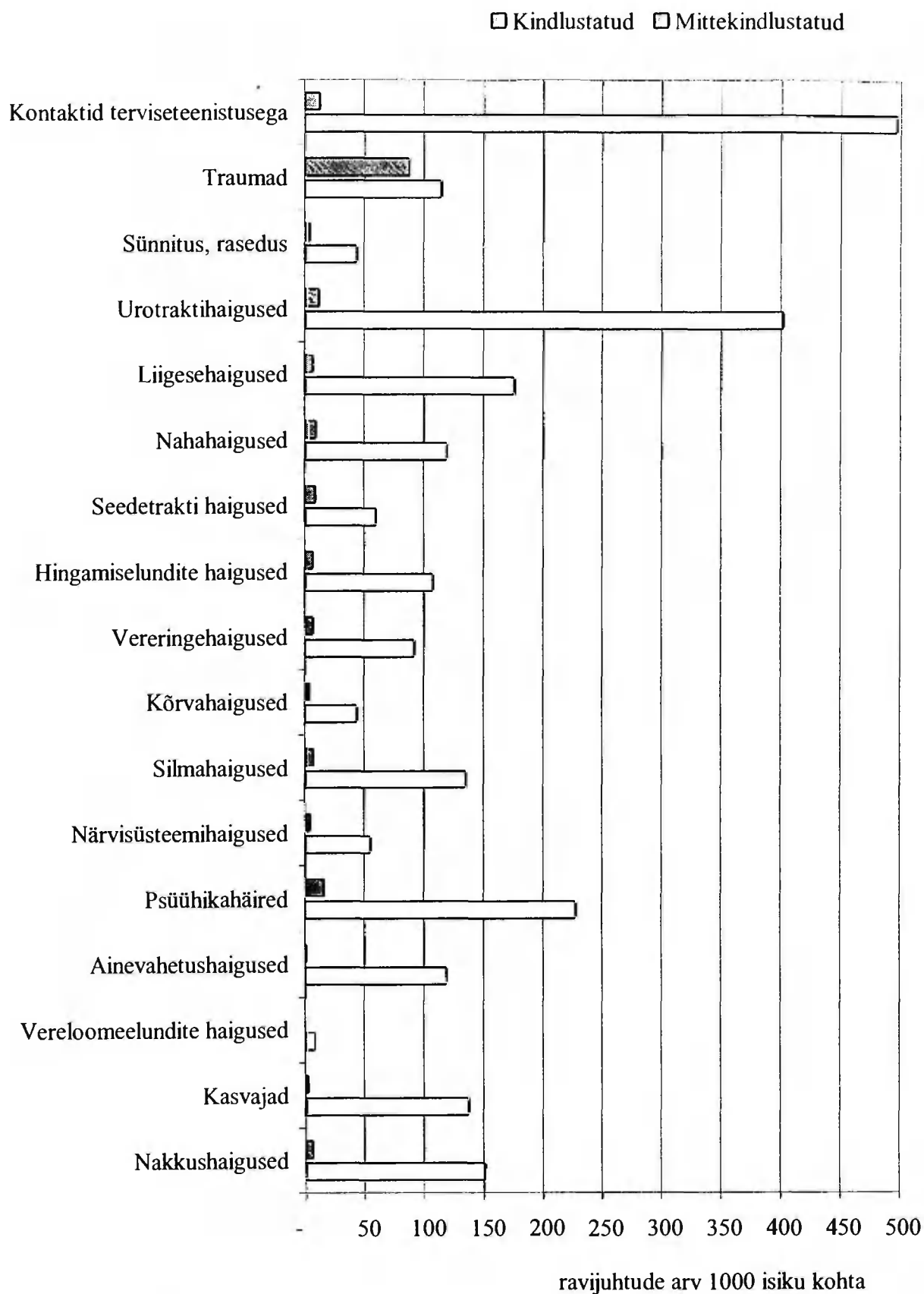
Mittekindlustatud ja kindlustatud isikute ravijuhtude arvu võrdlus on meeste ambulatoorse ravi kohta esitatud joonisel 12, meeste haiglaravi kohta joonisel 13, naiste ambulatoorsete ravi kohta joonisel 14 ning naiste haiglaravi kohta joonisel 15.



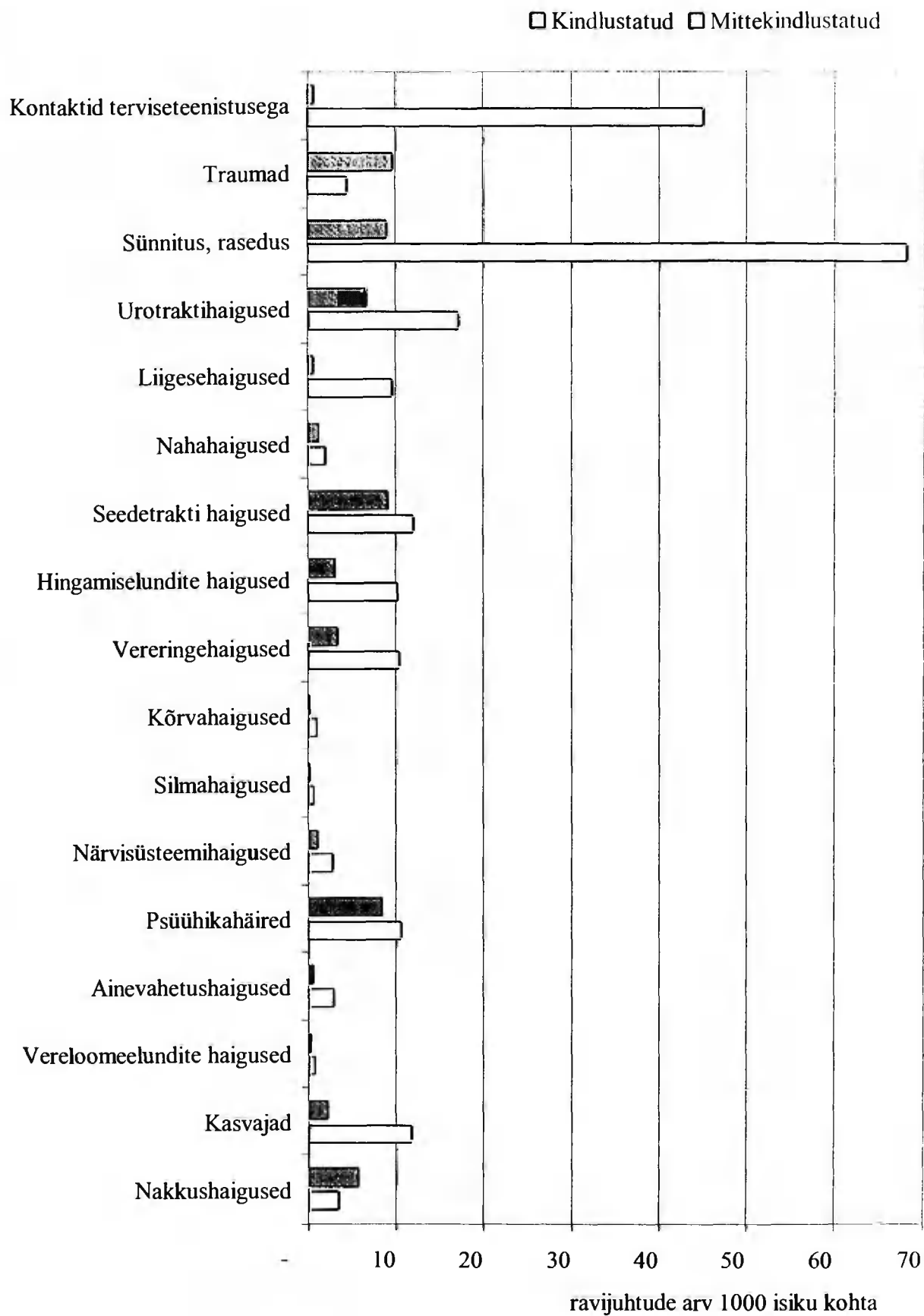
Joonis 12. Meeste ambulatoorsete ravijuhtude arv 1000 isiku kohta diagnoosigrupiti vanusegrupi ja ravikindlustuse olemasolu järgi



Joonis 13. Haiglaravi saanud meeste ravijuhtude arv 1000 isiku kohta diagnoosigrupiti ravikindlustuse olemasolu järgi



Joonis 14. Naiste ambulatoorsete ravijuhtude arv 1000 isiku kohta diagnoosigrupiti ravikindlustuse olemasolu järgi



Joonis 15. Haiglaravi saanud naiste ravijuhtude arv 1000 isiku kohta diagnoosigrupiti ravikindlustuse olemasolu järgi

6. ARUTELU

Ravikindlustuseta isikute eristamine kindlustatud isikutest ei ole töö autori arvates põhjendatud ega mõttekas. Ravikindlustatu staatus on muutuv ja isik võib teatud tingimustel uuesti kindlustatuks saada. Selline olukord tekib näiteks seoses rasedusega alates 12. rasedusnädalast ning jätkub vanemahüvitise ja lapsehooldustasu saamisel. Õigus ravikindlustusele tekib ka pensioniea saabumisel, töö leidmisel jt juhtudel ning ravikindlustamata isiku staatuses ravimata jäänud haigusi on siis juba võimalik ravida suuremal määral ravikindlustushüvitisi kasutades.

Hilisest või edasilükatud ravist tingituna võib osa ravikindlustuseta isikutest jääda püsivalt töövõimeetuks, aga ka sellistel juhtudel muutub nende mittekindlustatu staatus ning neil tekib õigus kindlustatutega samadele ravikindlustushüvitistele. Selle tulemusena kujuneb algselt ravikindlustuseta isiku ravi lõpptulemusena hinnanguliselt kallimaks võrreldes ravikuludega, mis oleks tehtud haiguse õigeaegse ravi korral. Lisaks on hiline ravi põhjustanud töövõime kaotuse isikule, kes õigeaegse ravi korral oleks saanud pöörduda tagasi tööle ning panustada ravikindlustussüsteemi sotsiaalmaksu maksmisega.

Töö autori hinnangul ei ole otstarbekas mittekindlustatute tervishoiuteenuste kättesaadavust piirata vaid vältimatu abiga, sest see ei taga ravi järjepidevust ning on majanduslikult ebaefektiivne. Oluline on mittekindlustatute ravimine haiguse algstaadiumis, mis on inimesele säästvam ning ühiskonnale odavam.

Ei ole kasu ravikindlustuseta isiku kallist ja pikast haiglaravist, kui haiglast väljakirjutamisel ei suuda ta endale ravimeid osta haiglas alustatud ravi jätkamiseks. Samuti puudub mittekindlustatud isikul võimalus järel- ja taastusraviks, et kinnitada ravitulemusi ja leevendada jääknähte. Selle tagajärjeks võib olla paranemise või tervistumise pidurdumine ning haigusseisundi kordumine ja uuesti ravile sattumine.

Töö tulemuste põhjal selgus, et ravikindlustuseta isikutele vaid vältimatu abi tasuta võimaldamine takistab kõige rohkem perearstiabi saamist. Perearsti poole pöördus vältimatu abi saamiseks vaid 2,3% ravikindlustuseta isikutest. Võib siiski eeldada, et perearstiabi kasutajate osakaalu puhul on tegemist alahinnanguga ning eeskätt maapiirkondades saavad ravikindlustuseta isikud ka praegu perearstilt terviseprobleemide korral nõu küsida. Samuti toetavad mitmed kohalikud omavalitsused oma eelarvest perearste rahaliste vahenditega, võimaldades sellega ravikindlustuseta isikutele vajaliku ja õigeaegse ravi saamist

perearstidelt. Seetõttu võib tegelikkuses ravikindlustuseta isikute poolt perearstiabi kasutajate arv kujuneda mõnevõrra madalamaks ning perearstide töökoormus lisanduvate kasutajate näol ei suurene sellisel määral nagu töö tulemuste põhjal võiks eeldada.

Järgnevas antakse töö tulemustele toetudes hinnang tervishoiusüsteemi võimalikule töökoormuse kasvule ning täiendavale rahalise ressursi vajadusele, mis kaasneks olukorraga, kus mittekindlustatud isikutele oleks võimaldatud kindlustatud isikutega võrdne ligipääs ravikindlustushüvitistele.

Kuivõrd töös on käsitletud perearstiabi, ambulatoorse eriarstiabi ning haiglaravi tervishoiuteenuste kasutamise ulatust mittekindlustatute poolt, on tervishoiusüsteemi töökoormuse kasvu kirjeldatud eelkõige nende arstiabi liikide osas.

Täiendava rahalise ressursi vajadust on lisaks pere- ja eriarstiabile hinnatud ka soodusravimite ning hambaraviteenuse hüvitiste kohta.

Tervishoiusüsteemi töökoormuse kasvule ja rahaliste vahendite täiendavale vajadusele hinnangu andmisel ei ole tähelepanu pööratud muudele rahaliste ja mitterahaliste ravikindlustushüvitiste kuludele nagu tervise edendamine, haiguste ennetus, meditsiinilised abivahendid, täiendav ravimihüvitis, Euroopa Liidu liikmesriikides saadavad hüvitised jm.

6.1 Tervishoiusüsteemi töökoormuse kasv

Tervishoiusüsteemi töökoormuse kasvu vaadeldakse tervishoiuteenuste osutamisega seotud tegevuste hulga suurenemise kaudu, mis kaasneksid tervishoiuteenuste kasutajate arvu lisandumisega ning mittekindlustatute katmata ravivajaduse rahuldamisega. Töökoormuse kasvu on hinnatud ühe aasta kohta.

Arvestades mittekindlustatu staatuse muutust, võib eeldada, et allpool toodud tervishoiusüsteemi töökoormuse kasvu puhul on pigem tegemist ülehinnanguga ning tegelikkuses ei kujune kasv nii suureks. Mittekindlustatute seas ei ole töövõimetuid inimesi ega ka vanureid, mistõttu on ravikindlustuseta isikud keskmiselt tervemad kui kindlustatud isikud.

6.1.1 Perearstiabi kasutamise suurenemine

Tulemuste osas esitatud andmete põhjal osutasid perearstid ca 2% mittekindlustatutest vältimatut abi. Ühe täiskasvanud mittekindlustatud isiku kohta toimus aasta jooksul 0,2 perearsti vastuvõttu³.

Keskmiselt on aastas ühe kindlustatud täiskasvanud isiku kohta 2,9 perearsti vastuvõttu ja koduviisiiti [46]. Kui perearstide poolt mittekindlustatutele osutatud vastuvõttude ja koduviisiitide arv tõuseks samale tasemele kindlustatutega ehk 2,9 vastuvõtuni isiku kohta aastas, siis suureneks perearsti vastuvõttude arv hinnanguliselt 232 000 vastuvõttu võrra aastas.

2004. aastal toimus ca 3,25 miljonit täiskasvanud isikutele osutatud perearsti vastuvõttu [45], seega suureneks perearstide töökoormus lisanduvate vastuvõttude arvu läbi maksimaalselt 7% võrra aastas.

Arvestades perearstide poole pöördumisi, mille kohta raviarvet ei vormistata või mille kohta informatsioon läheb kohalikule omavalitsusele, ja mida seetõttu ei ole käesolevas töös arvesse võetud, võib eeldada, et tegelikkuses kujuneb ravikindlustuseta isikute poolt lisanduvate perearstide vastuvõttude arv mõnevõrra väiksemaks.

6.1.2 Ambulatoorse eriarstiabi ja haiglaravi kasutamise suurenemine

Eeldusel, et tervishoiuteenuse kasutajate osakaal mittekindlustatute seas oleks samas suurusjärgus kindlustatutega, suureneks vanusegrupiti ambulatoorse eriarstiabi ja haiglaravi tervishoiuteenuseid kasutavate isikute arv kordades vastavalt tabelis 6 toodule.

Ambulatoorse eriarstiabi tervishoiuteenuseid kasutavate naiste arv kasvaks ligikaudu 5 korda ehk ca 17 500 isiku võrra ning meeste arv 2 korda ehk ca 15 000 isiku võrra.

Haiglaravi kasutajate arv kasvaks naiste puhul ca 3 korda ehk 2 700 isiku võrra ning meeste puhul 1,2 korda ehk ca 900 isiku võrra.

Ambulatoorse eriarstiabi teenuse osutajate töökoormus kasvaks senisest rohkem haiglaravi osutajate töökoormusega võrreldes.

Mittekindlustatud naiste puhul suureneks tervishoiuteenuste kasutamine võrreldes meestega rohkem. Arvestades, et naistel alates raseduse 12. nädalast ning ka hiljem vanemahüvitise ja

³ Vastuvõttude hulka on arvestatud nii vältimatus korras osutatud vastuvõttud kui ka perearsti plaanilised vastuvõttud kindlustamata isikutele.

lapsehooldustasu saamisel (mida suuremas osas kasutavad naised) tekib õigus ravikindlustusele, võib eeldada, et mittekindlustatud naiste arvu kasvu prognoosimisel on tegemist teatava ülehinnanguga.

Kokku suureneks mittekindlustatute katmata vajaduse rahuldamiseks ambulatoorsete ravijuhtude arv aastas ca 119 000 juhu võrra, mis moodustab 2005. aastal kindlustatud isikutele osutatud ambulatoorsetest ravijuhtudest 5% ning statsionaarsete raviarvete arv hinnanguliselt 6 500 juhu võrra aastas, mis on 3% kindlustatud isikute 2005. aasta haiglaravi juhtude arvust.

Tabel 6. Ambulatoorse eriarstiabi ja haiglaravi tervishoiuteenuseid kasutavate mittekindlustatud isikute arvu prognoositav kasv kordades

Vanusegrupp	Ambulatoorne eriarstiabi		Haiglaravi	
	mehed	naised	mehed	naised
20-24	2,3	5,7	1,7	4,7
25-29	1,9	5,1	1,2	4,4
30-34	1,7	4,1	1,1	3,8
35-39	1,8	4,8	1,1	2,5
40-44	2,1	5,8	1,1	2,3
45-49	2,4	5,8	1,2	2,1
50-54	2,5	5,5	1,2	2,1
55-59	2,6	3,4	1,5	1,4
KOKKU	2,1	5,1	1,2	2,9

6.1.3 Katmata ravivajadus diagnoosigrupiti

Hinnangu andmisel katmata ravivajadusele on eeldatud, et haiglaravi ja ambulatoorset eriarstiabi vajavate mittekindlustatud isikute haigestumises olulisi erinevusi võrreldes kindlustatutega ei ole ning neile osutatakse tervishoiuteenuseid samasugustel põhjustel ja samasuguste diagnoosidega nagu kindlustatud isikutele.

Tulemuste interpreteerimisel tuleb siiski arvestada väga tõenäolise ülehinnatud vajadusega mõnede diagnoosigruppide osas, kus on tegemist haigustega, mille puhul tervishoiuteenuste kasutamine on võimalik ravikindlustust omava isikuna. Nendeks on näiteks haigusseisundid, mis tingivad puude tekkimise ja töövõime kaotuse ning edaspidine tervishoiuteenuste kasutamine ravikindlustuseta isiku poolt toimub juba kindlustatud isikuna.

Analoogne on olukord raseduse puhul, mil naistel alates 12. rasedusnädalast tekib õigus ravikindlustusele, mille järgselt mittekindlustatud naised kasutavad tervishoiuteenuseid juba kindlustatutena ning ravijuhtude arv kasvu ravikindlustuseta naiste arvelt ei kaasne.

Tabelis 7 on toodud mittekindlustatud meeste ja naiste ravijuhtude arvu hinnanguline muutus diagnoosigrupiti kordades. Ühest suuremad väärtused näitavad vastava diagnoosigrupi ravijuhtude arvu kasvu. Ühest väiksemate väärtuste puhul on vastava diagnoosigrupi haiguste puhul mittekindlustatute ravivajadus kindlustatutega võrreldes juba praegu suurem. Nendeks on haiglas ravitud traumad jm vigastused ning nakkus- ja parasiithaigused.

Tabel 7. Ravijuhtude kasv kordades diagnoosigrupiti mittekindlustatud meeste ja naiste seas

Diagnoosigrupp	MEHED		NAISED	
	Ambulatoorne eriarstabi	Haiglaravi	Ambulatoorne eriarstabi	Haiglaravi
Nakkus- ja parasiithaigused	38,9	0,6	25,7	0,6
Kasvajad	43,7	3,3	60,4	5,6
Vereloomeelundite haigused	22,3	1,5	23,9	2,3
Ainevahetushaigused	122,0	5,5	141,6	6,1
Psüühikahäired	9,5	1,2	14,9	1,3
Närvisüsteemihaigused	4,8	2,8	14,8	2,9
Silmahaigused	10,8	5,3	21,4	3,8
Kõrvahaigused	9,2	6,1	13,8	6,3
Vereringehaigused	12,5	3,3	15,3	3,2
Hingamiseldundite haigused	9,6	2,3	15,3	3,5
Seedeeldundite haigused	4,2	1,2	6,6	1,3
Nahahaigused	5,5	1,4	13,4	1,7
Lihaskonnahaigused	13,5	7,1	29,1	17,2
Kuse-suguelundite haigused	17,9	3,5	35,0	2,6
Sünnitus, rasedus			12,6	7,6
Traumad jt vigastused	1,2	0,5	1,3	0,5
Kontaktid tervisteenistusega	2,9	12,8	38,5	68,1

Mittekindlustatud meeste seas suureneks hinnanguliselt enim ambulatoorse eriarstiabi teenuste hulk, mis on seotud sisesekretsiooni- ja ainevahetushaigustega (peamiselt suhkurtõbi), kasvajatega (peamiselt healoomulised), nakkus- ja parasiithaigustega (sh mükoosid ja sugulisel teel levivad haigused) ning vere- ja vereloomehaigustega.

Mittekindlustatud meeste haiglaravi teenuste hulk kasvaks kontaktidest tervisteenistusega (sh ravitud haiguse või vigastuse järgne hooldus), luulihaskonna- ja sidekoehaigustest (peamiselt nimme lülivaheketaste haigusseisundid), kõrva- ja nibujätkehaigustest ning sisesekretsiooni- ja ainevahetushaigustest (sh suhkurtõbi).

Mittekindlustatud naiste ambulatoorse eriarstiabi teenuste kasvu põhjustaksid sisesekretsiooni- ja ainevahetushaigused (peamiselt kilpnäärme haigusseisundid ja

suhkurtõbi), kasvajad (sh healoomulised), kontaktid terviseteenistusega (sh kontratseptsiooni alane nõustamine) ning kuse- ja suguelundite haigused (peamiselt vaagna- ja suguelundite põletikulised haigused ning suguelundite põletikuta haigusseisundid).

Mittekindlustatud naiste seas suureneks hinnanguliselt haiglaravi teenuste hulk kõige rohkem kontaktidest terviseteenistusega (sh ravitud haiguse või vigastuse järgne hooldus), luulihaskonnahaigustest (peamiselt artropaatiad, lülivaheketaste haigusseisundid), kõrva- ja nibujätkehaigustest ning sisesekretsiooni- ja ainevahetusehaigustest (sh kilpnäärme haigusseisundid).

6.2 Täiendava rahalise ressursi vajadus

Täiendava rahalise ressursi vajaduse hindamisel on aluseks võetud Eesti Haigekassa 2005. aasta majandusaastaruandes [25] toodud andmed ühe 20–59 aastase kindlustatud isiku kulude kohta erinevate ravikindlustushüvitiste (RKH) lõikes. Hinnangu andmisel on arvestatud 2005. aastal kehtinud tervishoiuteenuste hindadega.

Eesti Haigekassa andmetel olid 2005. aasta perearstiabi kulud ühe 20–59 aastase kindlustatud isiku kohta keskmiselt 469 krooni. Arvestades mittekindlustatud isikute arvu ja kulu isiku kohta vanusegrupis, on hinnanguliselt täiendav perearstiabi rahaliste vahendite kasv ca 40 miljonit krooni.

2005. aastal oli ühele 20–59 aastasele kindlustatud isikule vajalike eriarstiabi kulude suurus keskmiselt 2 469 krooni. Võttes aluseks kulu mittekindlustatud isikule vanusegrupis, suurendaks mittekindlustatute kaasamine ravikindlustuse süsteemi eriarstiabi kulusid hinnanguliselt 202 miljoni võrra.

Ravikindlustuse eelarvest mittekindlustatud isikutele soodusravimeid ei hüvitata. Võttes arvesse Eesti Haigekassa 2005. aasta andmed ravimite kulu kohta ühele 20–59 aastasele kindlustatud isikule, oleks ravikindlustuse süsteemi täiendav rahalise ressursi vajadus aastas 41 miljonit krooni.

Ravikindlustuse seaduse alusel võtab Eesti Haigekassa tasu maksmise kohustuse üle kuni 19 aastastelt kindlustatud isikutelt. Täiskasvanute hambaravi kompenseeritakse üks kord aastas rahalise hüvitise näol, mille suurus isiku kohta oli 2005. aastal 150 krooni (v.a. teatud kõrgema vajadusega grupid, kellele hüvitatakse hambaravi suuremas määras) [47].

Hambaravi hüvitist taotles 2005. aastal Eesti Haigekassa andmetel 24% õigustatud isikutest [25]. Eeldades, et sama osakaal mittekindlustatutest kasutaks õigust hambaravi hüvitise

saamiseks, oleks ravikindlustussüsteemi täiendav rahaliste vahendite kasv 3 miljonit krooni aastas.

Kokkuvõtvalt on täiendav rahaliste vahendite vajadus ravikindlustushüvitiste liikide kaupa esitatud tabelis 8.

Täiendavate kulude erinevus vanusegrupiti on tingitud vastavasse vanusegruppi kuuluvate isikute arvust ning erinevast kulust ühe isiku kohta.

Tabel 8. Täiendavate rahaliste vahendite vajadus ning nende osakaal ravikindlustushüvitiste eelarvest

RKH liik	Täiendav kulu mittekindlustatutele vanusegrupiti (tuh kr)				Täiendav kulu mittekindlustatutele (tuh kr)	RKH eelarve 2005. a (tuh kr)	Täiendava kulu osakaal RKH eelarvest (%)
	20-29	30-39	40-49	50-59			
Üldarstiabi	12 274	8 705	10 974	7 639	39 592	607 000	7%
Eriarstiabi	54 185	38 880	54 406	54 074	201 545	3 748 000	5%
Ravimid	9 362	6 892	11 417	13 015	40 686	890 000	5%
Hambaravi	980	680	839	558	3 056	35 040	9%
Kokku	76 801	55 157	77 636	75 285	284 879	5 324 675	5%

Mittekindlustatud isikutele oleks tervishoiuteenuste kättesaadavuse laienemiseks vajalik suurendada ravikindlustushüvitiste eelarvet maksimaalselt 300 miljoni krooni ehk 5% võrra aastas. Arvestades, et riigieelarvest on planeeritud eraldada iga-aastaselt mittekindlustatud isikute vältimatu abi rahastamiseks vahendid, mille suurus 2005. aastal oli 77 miljonit [27] ning 2006. aastal 97 miljonit krooni [48], ning eeldades, et need vahendid suunatakse edaspidi ravikindlustushüvitiste eelarvesse, oleks ligi kolmandik mittekindlustatud isikute ravikuludest riigieelarvevahenditega võimalik katta juba täna ning täiendava rahalise ressursi vajadus oleks maksimaalselt 200 miljonit krooni aastas.

7. JÄRELDUSED

Käesoleva töö eesmärk oli anda ülevaade tervishoiuteenuste kasutamisest ravikindlustuseta isikute poolt tingimustes, kus riigieelarvest tasutakse vaid vältimatu abi kulud, ja sellest tulenevalt hinnata tervishoiusüsteemi töökoormuse kasvu ning täiendava rahalise ressursi vajadust, kui ravikindlustuseta isikutele oleks tagatud kindlustatutega võrdne ravikindlustushüvitiste kättesaadavus ja ligipääs neile.

1. Tervishoiuteenuste kasutajate osakaal ja kasutamise sagedus

Aasta jooksul oli vältimatu abi korras tervishoiuteenuste saajaid 27% ravikindlustuseta isikutest. Ambulatoorse eriarstiabi teenuseid kasutas neist 21%, haiglaravi 6% ning perearstiabi teenuseid 2%.

Mittekindlustatud mehed kasutasid vältimatut abi rohkem võrreldes naistega.

Enamus mittekindlustatud isikutest pöördus aasta jooksul tervishoiuteenuse osutaja poole vältimatu abi saamiseks üks kord. 1–3% neist sai vältimatut abi neljal ja rohkemal korral, mille peamiseks põhjusteks olid traumad, psüühikahäired ning naha- ja nakkushaigused.

2. Ravi maksumus ja kestus

Mittekindlustatud meeste ravijuhtude keskmised maksumused olid samades vanusegruppides kallimad mittekindlustatud naistega võrreldes.

Ravikindlustuseta isikute ambulatoorsete ravijuhtude keskmised maksumused olid sõltuvalt vanusegrupist kindlustatutega võrreldes kuni 55% odavamad, haiglaravi maksumused aga sõltuvalt vanusegrupist kuni 71% kallimad.

Mittekindlustatud mehed viibisid keskmiselt ühe päeva võrra kauem ravil kui mittekindlustatud naised, samal ajal viibisid ravikindlustuseta mehed ja naised kõigis vanusegruppides haiglaravil kauem kui kindlustatud mehed ja naised.

Ravil viibimise aeg vanuse lisandumisel pikenes.

3. Diagnoosid

Kõige sagedamini osutati ravikindlustusteta meestele ja naistele vältimatut abi traumade jt vigastuste, psüühika- ja käitumishäirete ning seedeelundite haiguste tõttu.

Peamised haigusseisundid, mille ravivajadus kindlustamata isikutel katmata jääb, on seotud sisesekretsiooni- ja ainevahetushaigustega, healoomuliste kasvajatega, luulihaskonna- ja sidekoehaigustega, sugulisel teel levivate nakkushaigustega ja seenhaigustega ning ravitud haiguse või vigastuse järgse hooldusega.

Fertiilses eas mittekindlustatud naised jäävad ilma kontratseptsiooni alasest nõustamisest.

4. Tervishoiusüsteemi töökoormuse kasv

Kõige suurem töökoormuse kasv kaasneks mittekindlustatud isikute tervishoiuteenuste kättesaadavuse laienemisel perearstidele, mille tagajärjel perearsti vastuvõttude arv suureneks hinnanguliselt 7% võrra aastas. Arvestades perearstide poolt ravikindlustuseta isikutele osutatud teenuseid, mis ei kajastu Eesti Haigekassa andmebaasis, võib eeldada, et töökoormuse kasvu prognoosimisel on tegemist ülehinnanguga.

Ambulatoorse eriarstiabi osutajate töökoormus suureneks võrreldes haiglaravi osutajatega rohkem.

4. Täiendava rahalise ressursi vajadus

Mittekindlustatud isikutele tervishoiuteenuste kättesaadavuse laiendamiseks on hinnanguliselt vaja suurendada ravikindlustushüvitiste eelarvet ca 300 miljoni krooni võrra aastas. Kuna ca 1/3 sellest oleks riigieelarvest ravikindlustuseta isikute vältimatuks abiks planeeritud vahenditega võimalik katta juba täna, siis eeldusel, et need vahendid edaspidi suunatakse ravikindlustushüvitiste eelarvesse, oleks täiendava rahalise ressursi vajadus maksimaalselt 200 miljonit krooni aastas.

8. KASUTATUD KIRJANDUS

1. Tervishoiuteenuste korraldamise seadus. RTI, 01.06.2001, 50, 284.
2. Jesse M, Habicht J, Aaviksoo A, Koppel A, Irs A, Thomson S. Tervisesüsteem muutustes: Eesti. Tallinn: Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskuse nimel WHO Euroopa Regionaalbüroo; 2005.
3. Kunst A, Leinsalu M, Kasmel A, Habicht J. Social inequalities in Estonia. Tallinn: Ministry of Social Affairs of Estonia; 2002.
4. Sotsiaalsektor arvudes 2005. Sotsiaalministeerium. Tallinn. 2006.
5. Võrk A, Jesse M, Roostalu I, Jüristo T. Eesti tervishoiu rahastamissüsteemi jätkusuutlikkuse analüüs. PRAXISE Toimetised Nr 21. 2005.
6. Couffinhal A, Habicht T. Health system financing in Estonia: situation and challenges in 2005. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen. 2005.
7. Rahvastiku tervisepoliitika. www.sm.ee (22.04.2006).
8. Habicht J, Võrk A. Kindlustus tervishoius. Eesti Arst 2001;80(10):480-484.
9. Helasoja V, Lahelma E, Prättälä R, Kasmel A, Klumbiene J, Pudule I. The sociodemographic patterning of health in Estonia, Latvia, Lithuania and Finland. The European Journal of Public Health 2006 16(1):8-20.
10. Leinsalu M, Vågerö D, Kunst A. Estonia 1989–2000: enormous increase in mortality differences by education. International Journal of Epidemiology 2003;32:1081-1087.
11. Walters S, Suhrcke M. Socioeconomic inequalities in health and health care access in central and eastern Europe and the CIS: a review of the recent literature. World Health Organization for Investment for Health and Development. Venice. 2005.
12. Figueras J, McKee M, Cain J, Lessof S (eds). Health systems in transition: learning from experience. WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Copenhagen. 2004.
13. Murray CJL, Frenk J. A framework for assessing the performance of health system. Bulletin of the World Health Organization, 2000, 76 (6), 717-731.
14. Saltman RB, Busse R, Figueras J. (eds). Social health insurance systems in western Europe. World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Copenhagen. 2004.
15. Kutzin J. A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. Health Policy 2001 Jun; Vol. 56 (3), pp. 171-204.

16. Mossialos E, Dixon A, Figueras J, Kutzin J (eds). Funding health care: options for Europe. Buckingham: Open University Press; 2002.
17. Ahelik S. Arstiabist ja sotsiaalkindlustusest kodanlikus Eestis. Tallinn: Eesti Riiklik Kirjastus; 1964.
18. Riigiametnikkude, riigitöölise ja kaitseväelaste ning nende perekonnaliikmete ja avalikkudel tööl del töötavate tööliste haiguse korral kindlustamise määrused. Vabariigi Valitsuse 6.veebruari 1920. a. määrus. RT 26/27 1920.
19. Lübek A. Sotsiaalse haiguskindlustuse kavatsetav uuendus tema suhtuvuses rahvatervishoiuga ja arsti kutsetööga. Arstide Koja väljaanne. 1938.
20. Liiv A. Ärganud okasroosike tegutseb. Hippokrates 2002; 34.
21. Sotsiaaltrendid. Eesti Statistikaamet. Tallinn. 2004.
22. Eesti tähtsamad tervisenäitajad. Sotsiaalministeerium. 2002.
23. Eesti Vabariigi ravikindlustusseadus. RT 1991, 23, 272.
24. Ravikindlustuse seadus. RTI, 18.07.2002, 62, 377.
25. Eesti Haigekassa 2005. aasta majandusaasta aruanne.
http://www.haigekassa.ee/files/est_haigekassa_aruanded/aruanne2005.pdf
(28.04.2006).
26. 2005. aasta riigieelarve seadus. RTI, 30.12.2004, 92, 630.
27. Õiguskantsleri kantselei pressiteade 29.09.2005. a. "Riik ei võimalda arstiabi vastavalt põhiseadusele". <http://www.oiguskantsler.ee/index.php?newsID=47> (19.04.2006).
28. Leibkonna elujärg. Eesti Statistikaamet. Tallinn. 2000.
29. Leibkonna elujärg. Eesti Statistikaamet. Tallinn. 2001.
30. Leibkonna elujärg. Eesti Statistikaamet. Tallinn. 2002.
31. Leibkonna elujärg. Eesti Statistikaamet. Tallinn. 2004.
32. Sotsiaalsektor arvudes 2004. Sotsiaalministeerium. Tallinn. 2005.
33. Sotsiaalse kaasatuse riiklik tegevuskava. Sotsiaalministeerium. Tallinn. 2004.
34. Venesaar U, Hinnosaar M, Luuk M, Marksoo Ü. Pikaajaline töötus Eestis. Eesti Vabariigi Sotsiaalministeerium, Tallinna Tehnikaülikooli Eesti Majanduse Instituut.
[http://www.sm.ee/est/HtmlPages/Pikaajalised/\\$file/Pikaajalised.pdf](http://www.sm.ee/est/HtmlPages/Pikaajalised/$file/Pikaajalised.pdf) (02.05.2006).
35. Sotsiaalmaksuseadus. RTI, 28.12.2000, 102, 675.
36. Tööturuteenuste ja -toetuste seadus. RTI, 18.10.2005, 54, 430.
37. Eesti põhilised sotsiaalmajanduslikud näitajad. Eesti Statistikaamet. Kuubulletään 3/06.
38. www.stat.ee (02.05.2006).

39. www.vangla.ee (02.05.2006).
40. Vassiljev R. Ravikindlustuseta patsientide vajadused. *Lege Artis* 2002; 5(9).
41. Habicht T, Thetloff M. Financing of Mental Health in Estonia. PRAXIS Working Paper No 3. 2003.
42. Leping "Ravikindlustusega hõlmamata isikute vältimatu abi eest tasumiseks riigieelarves ettenähtud vahenditest".
http://www.haigekassa.ee/files/est_raviasutusele_lepingud/valtimatu_abi.pdf
(17.04.2006).
43. Ravi rahastamise leping. <http://www.haigekassa.ee/raviasutusele/lepingud/ravi/>
(22.04.2004).
44. Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu. RTI, 29.12.2005, 72, 564.
45. Rahvusvaheline haiguste ja nendega seotud terviseprobleemide statistiline klassifikatsiooni 10. väljaanne. Sotsiaalministeerium. Tallinn. 1996.
46. www.sm.ee (28.04.2006).
47. Täiskasvanute hambaraviteenuse hüvitise määrad, maksmise kord ning hambaravihüvitise saamiseks vajalike dokumentide loetelu, neis sisalduvate andmete koosseis ja dokumentide esitamise kord. Sotsiaalministri 16. detsembri 2002. a määrus nr 145. RTL, 23.12.2002, 144, 2116.
48. 2006. aasta riigieelarve seadus. RTI, 27.12.2005, 69, 535.

LISAD

Rahvusvaheline haiguste ja nendega seotud terviseprobleemide statistiline klassifikatsioon
10. väljaande peatükkide koodid ja nimetused

Peatükk	Kood	Nimetus	Töös kasutatav lühendatud nimetus
I	A00-B99	Teatavad nakkus- ja parasiithaigused	Nakkushaigused
II	C00-D48	Kasvajad	Kasvajad
III	D50-D89	Vere- ja vereloomeelundite haigused ning teatavad immuunmehhanismidega seotud haigusseisundid	Vereloomeelundite haigused
IV	E00-E90	Sisesekretsiooni-, toitumis- ja ainevahetushaigused	Ainevahetushaigused
V	F00-F99	Psüühika- ja käitumishäired	Psüühikahäired
VI	G00-G99	Närvisüsteemihaigused	Närvisüsteemihaigused
VII	H00-H59	Silma- ja silmamanuste haigused	Silmahaigused
VIII	H60-H95	Kõrva- ja nibujätkehaigused	Kõrvahaigused
IX	I00-I99	Vereringeelundite haigused	Vereringehaigused
X	J00-J99	Hingamiselundite haigused	Hingamiselundite haigused
XI	K00-K93	Seedeelundite haigused	Seedeelundite haigused
XII	L00-L99	Naha- ja nahaaluskoe haigused	Nahahaigused
XIII	M00-M99	Lihaskonna ja sidekoehaigused	Liigesehaigused
XIV	N00-N99	Kuse-suguelundite haigused	Urotraktihaigused
XV	O00-O99	Rasedus, sünnitus ja sünnitusjärgne periood	Sünnitus, rasedus
XVI	P00-P96	Perinataal- ehk sünniperioodis tekkivad teatavad seisundid	Sünniperioodi seisundid
XVII	Q00-Q99	Kaasasündinud väärarendid, deformatsioonid ja kromosoomianomaaliad	Kaasasündinud väärarendid
XVIII	R00-R99	Mujal klassifitseerimata sümptomid, tunnused ja kliiniliste ning laboratoorsete leidude hálbed	Sümptomid, tunnused, leidude hálbed
XIX	S00-T98	Vigastused, mürgistused ja teatavad muud välispõhjuste toime tagajärjed	Traumad
XX	V01-Y98	Haigestumise ja surma välispõhjustused	Välispõhjustused
XXI	Z00-Z99	Terviseseisundit mõjustavad tegurid ja kontaktid terviseteenistusega	Kontaktid terviseteenistusega

SUMMARY

Use of health services by uninsured persons

The goal of the thesis is to provide an overview of the use of health services by the persons without a health insurance and to assess the potential increased workload of the health care system and need for additional funding in the case if health insurance benefits would be made equally available to both insured and uninsured persons.

The particular character of the Estonian health insurance system has led to a situation, where almost 6% of the population does not have a health insurance, and they have access only to the emergency care financed from the State Budget. The uninsured persons are charged full fees for all other health services.

The current research is quantitative and is based on the analysis of data. The data used for research are derived from the health insurance database of the Estonian Health Insurance Fund. The sample comprises 22 763 uninsured persons, aged between 20 and 59, who have received emergency care in 2005.

The research results indicate that emergency care has been provided to 27% of the uninsured persons in one year. 2% of these persons sought help from family physicians, and 21% from ambulatory medical specialists. 6% of the uninsured persons received emergency care in hospital. The percentage of persons using emergency care is higher among the uninsured men than among the uninsured women.

The hospital treatment of uninsured men is about $\frac{1}{4}$ more expensive and lasts on the average one day longer than the treatment of uninsured women. Compared to the insured persons, the hospital treatment of uninsured persons costs approximately 25% more and lasts on the average three days longer.

The main causes of the need for emergency care for both uninsured men and women include traumas and injuries, mental and behavioural disorders, and diseases of digestive system.

Compared to the insured persons, the unmet treatment needs of uninsured persons are most often related to follow-up examination after treatment for a disease or injury, endocrine and metabolic diseases, diseases of the musculoskeletal system and connective tissue, and benign tumours, as well as consultations concerning contraception for women in fertile age.

The inclusion of the uninsured persons into the solidarity-based health insurance system would mostly increase the workload of family physicians, while the medical staff in the hospitals would be least affected.

In order to compensate the increased costs from the higher workload, an estimated maximum of 200 million kroons per year would be required in addition to the current budget of health insurance benefits, presuming that the current emergency care funds of the State Budget would be allocated henceforward to the budget of health insurance benefits.

TÄNUAVALDUSED

Tänan:

Raul-Allan Kiivet

Jaanus Harro

Liis Rooväli

Helvi Tarien

Jüri Peinar

Merle Tamm

Jarno Habicht

Nils-Erik Eklund

Olen tänulik oma lastele ja abikaasale töö valmimisse panustamise eest.

CURRICULUM VITAE

Töö autor: Kristiina Kahur

Sündinud: 16.juulil 1971, Rakveres

Rahvus: eestlane

Perekond: abielus, 3 last (1992, 1996, 2001)

Haridus: alates 2000 Tartu Ülikool, Tervishoiu Instituut, rahvatervishoiu magistrantuur

1997–1998 Mustamäe Haigla, internatuur

1989–1996 Tartu Ülikool, Arstiteaduskond, spordimediitsiini eriala

1978–1989 Rakvere 3. Keskkool (Rakvere Realgümnaasium)

Töö: alates 2002 Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste osakond, tervishoiuspetsialist

1998–2001 Eesti Haigekassa Harju osakond, usaldusarst

TARTU ÜLIKOOLI MAGISTRITÖÖD RAHVATERVISHOIOUS

1. **Diva Eensoo.** Kehalise aktiivsuse seosed vaimse tervise ja isiksuse omadustega. Tartu, 2000.
2. **Karin Lilienberg.** Antropomeetrilised näitajad ja nende seosed vereplasma lipiidide ning arteriaalse vererõhuga Tallinna kooliõpilaste uuringute alusel aastatel 1984–86 ja 1998–99. Tartu, 2002.
3. **Liis Merenäkk.** Koolilaste alkoholi ja narkootikumide tarbimise seos isiksuseomaduste ning vereliistakute monoamiinoksüdaasi aktiivsusega. Tartu, 2002.
4. **Anneli Zirkel.** Ravimite ja rahvameditsiini meetodite kasutamine Eesti elanike poolt. Tartu, 2002.
5. **Valentina Orav.** Tartu linna siseujulate tervisekaitseline olukord ja vee kvaliteet. Tartu, 2002.
6. **Katrin Kiisk.** Muutuste käsitus organisatsioonikultuuri, juhtide rolli, meeskonnatöö ja alternatiivide hindamise aspektist SA TÜK Kopsukliiniku asukoha muutuse näitel. Tartu, 2003.
7. **Mare Remm.** Helmintiaaside esinemine Tartu piirkonna lastepäevakodude lastel ja seda mõjutavad tegurid. Tartu, 2003.
8. **Liis Rooväli.** Haiglaravi kasutamine ja kättesaadavus Eestis: demograafilised erinevused ja kauguse mõju. Tartu, 2003.
9. **Krystiine Liiv.** Suitsetamise seotus isiksuseomadustega teismeliseas. Tartu, 2003.
10. **Svetlana Lissitsina.** B- ja C-viirushepatiitide haigestumuse epidemioloogiline uurimine Ida-Virumaal. Tartu, 2003.
11. **Tiiu Rudov.** Immuniseerimise järelevalves esinevad probleemid. Tartu, 2003.
12. **Natalja Zubina.** Solaariumiteenuse tervisekaitsealased aspektid. Tartu, 2003.
13. **Mihhail Muzotsin.** Fluoriidide sisaldus Pärnu alamvesikonna elanike joogivees, nende toksilisusest tulenevate terviseriskide analüüs ja võimalik juhtimine. Tartu, 2003.
14. **Mai Vaht.** Looduslik ultraviolettkiirgus Pärnu rannas ja selle mõju päevitajate lümfotsüütide alaklassidele. Tartu, 2004.
15. **Irina Filippova.** Patient dose survey in x-ray radiography. Tartu, 2004.
16. **Urve Eek.** Marutõve oht Eestis aastatel 1999–2003. Tartu, 2004.
17. **Natalia Kerbo.** Immunoprofülaktika mõju punetiste epideemiaprotsessile Eestis. Tartu, 2004.

18. **Leena Albreht.** Viru-Peipsi alamvesikonna joogivee tervisekaitseline hinnang. Tartu, 2004.
19. **Marina Karro.** Tallinna välisõhu saastumuse võimalik mõju tervisele. Tartu, 2004.
20. **Sigrid Vorobjov.** Ravijärgimus juhuslikustatud hormoonasendusravi uuringus. Tartu, 2005.
21. **Oleg Novikov.** Kaitsevæteenistuse mõju ajateenijate tervisele. Tartu, 2005.
22. **Eleri Lapsaniit.** Väikelaste infektsioonhaiguste ambulatoorne ravi antibiootikumidega. Tartu, 2005.
23. **Svetlana Rudenko.** Antibiootikumresistentsus Eestist isoleeritud haigustekitajatel. Tartu, 2005.
24. **Merike Sisask.** Suitsidaalsus ühiskonnas ning suitsiidikatse sotsiaal-demograafilised, meditsiinilised ja psüühilised mõjurid. Tartu, 2005.
25. **Kaire Vals.** Haiguskoormuse tõttu kaotatud eluaastad Eestis. Tartu, 2005.
26. **Monika Jürgenson.** Plii toime käitumisele ja aju neurogeneesile. Tartu, 2005.
27. **Külliki Siilak.** Muutused Eesti tervisekaitse korralduses viimase kahe aastakümne jooksul. Tartu, 2005.
28. **Katrin Vihar.** Astmahaigete laste ja nende vanemate hinnangud astmaalastele teadmistele ja infoallikatele. Tartu, 2005.
29. **Hans Orru.** Kütteturba kaevandamise ja kasutamisega seotud terviseriskid. Tartu, 2005.
30. **Katri Abel.** HIV-positiivsete riskikäitumine süstivate narkomaanide hulgas. Tartu, 2006.
31. **Kaja Rahu.** Tšernobõli veteranide Eesti kohortuuring: vähihaigestumuse ja suremuse uusanalüüs. Tartu, 2006.
32. **Sirje Sammul.** Hüpertooniatõve diagnoosiga patsientide tervisekäitumine ning perearsti ja pereõe osa selle kujundamisel. Tartu, 2006.